Über

Ventrifixura uteri

als Behandlungsmethode bei Lageveränderungen der inneren Genitalien.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Fritz Reuer

approb. Arzt

aus Hornburg.

ACAD. LIBRARY KIEL

Würzburg

Paul Scheiner's Buchdruckerei, Dominikanerstrasse 6

1905.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Würzburg.

Referent: Herr Geheimrat Prof. Dr. Hofmeier.

Meinen

LIEBEN ELTERN

in

Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507206_0079

In den letzten zwei Jahrzehnten ist man unter den Gynaekologen immer mehr bemüht gewesen, diejenigen Lageveränderungen des Uterus, die durch Pessarbehandlung nicht geheilt wurden trotz grösster Geduld von Seiten der Kranken wie des Arztes, auf operativem Wege zu beseitigen und die Patientinnen von ihren Beschwerden zu befreien, ohne sie aber bezüglich späterer Geburten und Schwangerschaften einer lebensgefährlichen Störung auszusetzen. Von den Methoden seien hier nur die angeführt von *Alexander-Adams, Olshausen, Leopold, Czerny, Schücking, Mackenrodt* und *Dührssen.*

Da aber trotz der Anhäufung der Literatur über operative Behandlungen der Rückwärtslagerung der Gebärmutter und der vielen Angaben von neuen Operationsmethoden auf diesem Gebiete noch keine Einigkeit erzielt ist, so dürfte es wohl nicht unzweckmässig erscheinen, einen weiteren Beitrag durch die Dauerresultate der Ventrifixation des Uterus an der Würzburger Universitätsfrauenklinik von 1889 bis 1. Oktober 1904 zu liefern, wozu mir Herr Geh. Hofrat Hofmeier das Material gütigst zur Verfügung stellte.

Die Methode der Ventrifixation wurde zuerst von Olshausen im Jahre 1886 eingeführt. Dieser Autor verfuhr so, dass er die Ligg. rotunda dicht an ihrer Abgangsstelle vom Uterus durch 2—3 Silk-

wormgutnähte beiderseits von innen her an die vordere Bauchwand annähte. Er führte die Fäden durch Peritoneum, Muskel und Fascia superficialis. Bei diesem Verfahren wird zwischen Bauchwand und Uterus eine Tasche gebildet, in der sich zuweilen Darmschlingen einklemmen können, so dass es zum Ileus kommen kann. Thatsächlich ist auch von *Jacobs* und *Olshausen* je ein solcher Fall beobachtet worden.

Auf Grund dieser Vorkommnisse haben nun *Leopold* und *Czerny* die Ventrifixation so ausgeführt, dass sie die vordere Fläche des Uteruskörpers selbst durch einige Nähte an die vordere Bauchwand anhefteten. Hierbei wird einige Millimeter tief in die Uteruswand eingestochen und etwa 2 cm vom Einstich entfernt wieder ausgestochen, und dann der Uterus an die Bauchwand fixiert.

Werth modifizierte die Methode dahin, dass er den Uterus mit der Blase vernähte und hat er mit derselben gute Resultate erzielt. Eine andere Operation von *Kaltenbach,* den Uterus ohne Eröffnung des Peritoneums zu vernähen, dürfte wohl keine wesentlichen Vorteile bieten, im Gegenteil dürfte hier die Gefahr, eine Darmschlinge zu verletzen, nicht ganz zu vermeiden sein. Noch grösser ist diese Möglichkeit, wenn durch die unversehrten Bauchdecken hindurch der Uterus fixiert wird, wie dies *Kelly* und *Assaky* angegeben haben.

Was die Indikation zur Ventrifixation anbetrifft, so wird wohl allgemein nur dann zur operativen Beseitigung geschritten, wenn durch andere Heilfaktoren (Pessare, Massage u. s. w.) keine Aufhebung der Retroflexion erzielt wird, oder diese Verfahren nicht

vertragen werden. Handelt es sich noch um perimetritische Verwachsungen, die schwer oder gar nicht zu lösen sind, so wird wohl fast immer zur Operation geschritten, und zwar zur Ventrifixur, da vom Abdomen aus diese Verwachsungen am besten zu lösen sind. Die Gefahr der Eröffnung des Peritoneums ist bei dem heutigen Stande der Anti- und Asepsis wohl nicht sehr hoch zu schätzen.

Selbstverständlich ist es, dass bei Laparotomieen infolge von Aduexerkrankungen der Uterus ventrifixiert wird, falls Lageveränderungen oder andere Störungen von Seiten dieses Organes vorliegen. Die Ventrifixation kommt nun drittens noch in betracht bei Prolapsus oder Descensus uteri, meistens verbunden mit Scheidenvorfall. Es ist hier natürlich nicht nur diese Operation auszuführen, sondern noch die Colporrhaphia auterior und posterior, je nach dem vorliegenden Teil der vagnia, mit ihr zu verbinden.

Es sind nun der Ventrifixation uteri verschiedene Nachteile zur Last gelegt. Zunächst wurde der Olshausen'schen Methode vorgeworfen, dass es bei ihr, wie schon oben gesagt, leicht zu Darmeinklemmungen in der Tasche zwischen Uterus und Blase kommen könnte; jedoch sind bis jetzt in der Litteratur nur die beiden oben erwähnten Fälle verzeichnet, so dass dies Vorkommnis bei der häufigen Ausführung der Operation als sehr selten bezeichnet werden kann.

Bei dem Verfahren nach *Czerny-Leopold* sollen sich zu feste Adhaesionen des Uterus mit der vorderen Bauchwand bilden, sodass bei späteren Geburten sich die Gebärmutter nicht gleichmässig ausdehnen, sondern die hintere Wand derartig gedehnt wird, dass es leicht zur Ruptur derselben kommen kann. Es

wird überhaupt der Ventrifixur vorgeworfen, dass nach ihrer Ausführung schwere Störungen bei späteren Geburten vorkommen, und in der That sind auch solche Fälle beobachtet worden.

So hat *Miländer* 74 Fälle von Schwangerschaft nach Ventrifixation zusammengestellt, unter denen 6mal Abortus, 3mal Frühgeburt, 54mal rechtzeitige Niederkunft erfolgte (10 noch schwanger bei Publikation). Bei diesen Schwangerschaften bestand teilweise Schmerzhaftigkeit und Erbrechen, jedoch nur in der ersten Zeit, während in der späteren Zeit der Gravidität diese Beschwerden verschwanden.

Was die Geburten anbetrifft, so waren die meisten normal, doch war 11mal Kunsthülfe nötig, und zwar 4 Zangengeburten, 2 Kaiserschnitte, 2 Wendungen vom Kopf auf die Füsse, 2 Wendungen aus Querlage und eine Extraktion an den Füssen. Inwieweit diese Störungen der Ventrifixation zur Last fallen, geht nicht klar aus der Veröffentlichung hervor.

Dirmoser berichtet über 76 Operationen, davon sind 58 nachuntersucht. Unter diesen war 3mal Abort, eine normale Geburt, eine mit schwerer Störung, 2 normale Schwangerschaften im 6. Monat. *Dirmoser* kommt zu dem Schluss, dass er im geschlechtsreifen Alter die *Olshausen*'sche, sonst die *Leopold-Czerny*'sche Operation ausführt.

Kleinwächter verfügt über 62 Fälle und Geburten, darunter 9 Aborte, 2 Frühgeburten, 44 Geburten am Ende der Schwangerschaft. Unter diesen sind 7 mittels Kunsthülfe, 2mal Wendung, 3mal Zange, einmal Wendung auf Kopf und Zange, eine Sectio caesarea, also 16 % Kunsthülfe.

Lapthorn-Smith hat 2500 Ventrifixationen von 44 Operateuren gesammelt, darunter 148 Schwangerschaften. Von diesen sind 36 mit Schmerzen, Abort und schwieriger Entbindung kompliziert.

Werder hat einen Fall von Sectio caesarea nach Ventrifixur veröffentlicht.

Weiter berichtet *Petersen* über 7 Graviditäten. Darunter waren 3 Tubarschwangerschaften (2mal nach vorhergehender Gonorrhoe), 2 normale Geburten. Bei zwei anderen Patientinnen bestanden wehenartige Schmerzen während der Schwangerschaft, von denen eine noch gravid war, bei der anderen lag Querlage vor. Hier wurde die Wendung gemacht mit nachfolgender Extraction, der Uterus lag nach der Geburt gut.

Es seien nun noch einige Beispiele von schwerer Geburtsstörung nach Ventrifixation angeführt.

So hat *Odebrecht* bei 18 Graviditäten eine schwere Störung erlebt. Bei dieser Patientin war der Uterus zur Zeit der Operation ausserordentlich hart und zeigte sich bei der Geburt die vordere Wand des Uterus bretthart, so dass sich die Schwangerschaft infolgedessen nur auf Kosten der hinteren Wand entwickeln konnte, da die vordere Wand infolge der Härte sich auszudehnen nicht imstande war. Der Operateur gibt auch selbst diesem Umstande die Schuld. Per vaginam konnte das Kind wegen Hochstandes des Uterus (an den Muttermund war nicht heranzukommen) nicht entwickelt werden, so dass der Kaiserschnitt ausgeführt werden musste.

Einen weiteren Fall berichtet *Bröse*. Im Jahre 1902 wurde Patientin links ovariotomiert wegen eines Tumors und ventrifixiert nach *Olshausen;* November

1903 erfolgte die Entbindung. Es bestand Anasarka, Dyspnoe, Schwangerschaftsnephritis. Der Muttermund war schwer zu erreichen. Es wurde Frühgeburt eingeleitet, jedoch vergebens. Wegen des schlechten Allgemeinbefindens und der sehr mangelhaften Erweiterung der Geburtswege sah *Bröse* sich genötigt, den Kaiserschnitt und zwar nach *Porro* auszuführen. Die Patientin kollabierte schnell und kam zum Exitus.

Es zeigte sich nun bei der Operation, dass der Uterus um seine Achse gedreht und die linke Kante nach vorn und unten gezogen war. Der fundale Querschnitt kam infolgedessen nach rechts und hinten zu liegen. Der Fundus uteri stand in Nabelhöhe, jedoch wölbte sich die hintere Wand bis an den Rippenbogen empor. Nun ist noch zu bemerken, dass vom Fundus ein 8 cm langer, fingerdicker, muskulöser Strang zur vorderen Bauchwand zog, der die Drehung des Uterus verursacht hatte. *Bröse* giebt dem Umstand die Schuld, dass er auf der linken, der ovariotomierten Seite zu viel von der Muskulatur des Uterus bei der Naht gefasst hat und infolgedessen der Strang sich ausbilden konnte. Der Exitus ist zugleich noch durch die Komplikationen beschleunigt.

Ein anderer Fall von schwerer Störung fällt auch der Technik zur Last. Es handelt sich um eine Ventrifixation, von *Semmelink* ausgeführt, bei der der Uterus mit drei dicken Seidennähten an die vordere Bauchwand genäht wurde und spätere Querlage des Uterus eintrat, so dass Sectio caesarea nötig wurde.

Nun noch zwei Fälle, bei denen sich Stränge vom Fundus uteri zur Bauchwand gebildet hatten.

Der eine Fall wird von *Michel* berichtet. Es handelt sich hier um einen 15 cm langen, strohhalmdicken häutigen Strang (sogen. lig. suspensorium fundale medium), der später exstirpiert wurde. Verfasser empfiehlt *Olshausen*'sche Methode. Bei der anderen Frau, von *Bode* veröffentlicht, trat ein 10 cm. langer Doppelstrang auf, entsprechend den beiden Fixationssuturen, der den Fundus trichterförmig auszog. Nach der Entbindung stellten sich unerträgliche Beschwerden (Obstipation, Koliken, lokalisierte Auftreibungen des Leibes) ein, so dass Laparotomie und Entfernung der Stränge nötig wurde. *Bode* empfiehlt auf Grund dieser Erfahrung Verkürzung der ligg. rotunda nach Bauchschnitt oder auf vaginalem Wege *(Wertheim)*.

Sind nun auch von diesen Autoren zuweilen recht schwere Störungen bei der Geburt beobachtet worden, so werden doch von anderer Seite fast nur günstige Resultate berichtet.

Koblank hat unter 44 Ventrifixationen eine normale Geburt beobachtet.

H. A. v. Guérard berichtet neuerdings über 57 Geburten, von denen 51 spontan, ohne Störung verliefen (4mal 2 Geburten) und 5 Zangengeburten waren. Von diesen letzteren nennt er selbst jedoch zwei sogenannte Theaterzangen. Bemerkenswert ist noch ein Fall. Bei dieser Patientin wurde rechtsseitige Ovariosalpingotomie, linksseitige Stomatoplastik, Enucleation von 5 Myomen und Ventrifixur gemacht. Später erfolgten zwei normale Geburten, und zur Zeit der Veröffentlichung bestand Schwangerschaft im 6. Monat ohne Störung.

Flaischlen teilt 14 Geburten post operationem mit, bei denen der Uterus nach der Entbindung nor-

mal lag. Hiervon sind zwei Fälle noch bemerkenswert dadurch, dass sie nach 4- resp. 5jähriger steriler Ehe nach der Operation noch concipierten.

Bion konnte auf Grund von 48 Fällen aus der Züricher Frauenklinik eine Beeinträchtigung der Schwangerschaft nicht konstatieren. Eine Patientin, die ½ Jahr vor der Operation abortierte, konzipierte nach der Operation und trug das Kind aus. Zwei Frauen gebaren nach beschwerdefreier Schwangerschaft rechtzeitig, bei der dritten bestand normale Gravidität im 5. Monat.

Sänger verzeichnet unter 100 Fällen 13 rechtzeitige Geburten und 2 Aborte, ebenso beobachtete *Sinclair* bei 12 Ventrifixationen 2mal normale Schwangerschaft und Geburt, bei einem Fall zum dritten Mal.

Pfannenstiel hat bei 20 Geburten keine Störung beobachtet.

Halban hat bei einer Frau zwei normale Geburten gesehen, eine Frau befand sich im 5. Monat der normal verlaufenden Gravidität.

Gräfe hat bei seinen Ventrifixuren keine Geburtsstörungen zu verzeichnen.

Kötschau hat unter 149 Ventrifixuren 25 normale Geburten, eine hohe Zange, 2 Aborte. Eine andere Patientin abortierte 3mal. Ferner verfügt er über eine Querlage; jedoch ist bei dieser Frau auch bei früheren Geburten schon nötig gewesen, sodass es sich wohl um eine andere Anomalie handelt.

Es fallen demnach der Ventrifixation selbst wohl nur die Fälle von schwerer Geburtsstörung zur Last, sofern sie nicht durch die mangelhafte Technik oder

die überaus erschwerenden Nebenumstände veranlasst sind, also doch eine verschwindend kleine Zahl.

Die abnormen Lagen und Zangengeburten auch dem Conto der Operation aufzuerlegen, halte ich nicht für berechtigt und nicht zweifellos bewiesen, auch auf Grund des doch verhältnismässig geringen Materials für verfrüht. Um hierfür Schlüsse ziehen zu können, dürften weitere Sammlungen von Geburten nach Ventrifixation nötig sein.

Was nun den eigentlichen Erfolg der Lagekorrektur anbelangt, so sprechen hier wohl am besten die Zahlen ein ausschlaggebendes Wort, und lasse ich daher die Erfolge der aus den letzten Jahren in der Litteratur veröffentlichten Fälle folgen.

So berichtet *Cohn* aus der Breslauer Klinik über 4 Recidive bei 65 Ventrifixuren = 6 %, *Pfannenstiel* bei 144 Ventrifixationen auch 6 %.

Petersen hat bei 41 Fällen 1 Recidiv, und zwar erfolgte dasselbe plötzlich 2 Jahre nach der Geburt, während der Uterus direkt nach derselben gut lag, = 2,4 %.

Anderich bei 50 Fällen 3 Recidive (eins nach einem Partus) = 6 %.

Klein hat bei 16 Fällen 2 Recidive. Das eine hat die Entwicklung eines Myoms an der hinteren Uteruswand verursacht, während beim zweiten Fall der Uterus wegen zu fester Adhaesionen mit der linken Kante (lig. rot.) nicht fest fixiert werden konnte, = 12,5 %.

Gräfe berichtet über 2 Recidive bei 21 Operationen = 5 %. Das eine trat 8 Tage post operationem auf. Verfasser giebt sich selbst die Schuld, er habe die Nähte nicht tief genug durch den Uterus

gelegt bei der starken Verkürzung der ligg. rectro-uterina. Das zweite Recidiv erfolgte im Wochenbett.

Marschner hat bei 16 Fällen kein Recidiv, ebenso *Dieter* bei 25 Fällen.

Kötschau verzeichnet bei 149 Patientinnen ein Recidiv bei Prolaps.

Christiani berechnet die absoluten Dauererfolge bei Prolapsoperationen mit Ventrifixur aus der Klinik von *Küstner*

1. Ventrifixur mit Colpoperineorrh. = 75 %.
2. „ „ „ u. Colporrhant. = 84,9 %.

Halban berechnet den Heilungserfolg auf 87,5 % und zwar

a. *Leopold*'sche Methode 90 %,
b. *Olshausen*'sche Methode 83,4 %

bei 43 Ventrifixationen, nach *Leopold* 30, nach *Olshausen* 13.

Dirmoser hat die Ventrifixation 76mal ausgeführt und zwar nach *Olshausen* in 25, nach *Czerny-Leopold* in 51 Fällen. Von diesen kamen 68 Frauen zur Nachuntersuchung, bei denen ein Recidiv konstatiert wurde = 1,47 %.

Koblank hat 44 Frauen operiert, davon 17 nachuntersucht, darunter ein Recidiv = 5,9 %.

Baatz berichtet über ein Recidiv (Prolaps) bei 31 Fällen = 3,2 %.

Sonnenfeld hat bei 21 Operationen ein Recidiv beobachtet (Methode *Czerny-Leopold)* = 5 %.

Brinkmann berichtet über 2 Recidive aus der Bonner Klinik bei 118 Operationen = 1,7 %.

Es schwankt also der Prozentsatz zwischen 0 und 6, da die beiden Fälle von *Klein* selbstverständlich nicht mitgerechnet werden können. Aber auch

von den anderen Recidiven fallen noch manche nicht der Operation als solcher, sondern der Technik zu.

Was die Todesfälle post operationem anbetrifft, so habe ich in der Litteratur der letzten Jahre gefunden, dass nur die Ileusfälle der Operation zuzuschreiben sind, während alle anderen Patientinnen an Komplikationen von Seiten des Herzens oder der Lunge gestorben sind.

In den letzten Jahren ist von mehreren Gynaekologen in verschiedenen Abhandlungen behauptet worden, dass die Flexionen und Versionen des nicht graviden Uterus keinerlei Beschwerden machten, sondern diese von anderen Erkrankungen, wie Metritis und Endometritis, Adnexerkrankungen, Darmatonie und primärer Neurasthenie hervorgerufen würden. Im Jahre 1899 nun wiesen auch *Krönig* und *Feuchtwanger* in ihrer Arbeit „Zur klinischen Bedeutung der Retroversio-flexio uteri mobilis“ nach, dass in sehr vielen Fällen von Retroversio-flexio mobilis die Retroflexionsbeschwerden nicht von der Lageanomalie abhängig sind sondern den Symptomen der Hysterie resp. Neurasthenie gleichen.

Es wären demnach die bezüglich des subjektiven Befindens mangelhaften Resultate der Operation nicht auf Rechnung dieser zu setzen, sondern den etwaigen Komplikationen oder der Hysterie zuzuschreiben.

Bevor ich nun zu der kritischen Besprechung der in der Würzburger Klinik durch Ventrifixur behandelten Fälle und ihrer Resultate übergehe, mögen einige Worte über die in den letzten Jahren zur Anwendung gekommene Technik vorausgeschickt werden.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Längsschnitt wird der Uterus aus den Verwachsungen gelöst und hervorgezogen. Darauf wird auf jeder Seite etwa 1 cm vom Abgang der ligg. rotunda entfernt eine Silkwormgutligatur gelegt, die durch Peritoneum, Muskel und Fascia superficialis geführt und auf letzterer geknotet werden. Die vordere Fläche des Fundus uteri wird dann durch einige einzelne mehrere Millimeter tief den Uterus fassende Catgutnähte an das Peritoneum des unteren Wundwinkels geheftet, sodass nach Knotung aller Nähte der Fundus uteri etwa 2 Querfinger breit oberhalb der Symphyse der Bauchwand anliegt. Bei starken Erschlaffungszuständen wird der Uterus auch höher fixiert. Der Schluss der Bauchwunde erfolgt durch vierfache Catgutetagennaht und je nach Grösse des Bauchschnittes durch einen oder mehrere Silberdrähte, die durch die ganze Wand geführt werden. Durch die Etagennaht wird am besten der Bildung einer Bauchhernie vorgebeugt.

Die Methode ist nicht für alle Fälle die gleiche gewesen, sondern hat sich im Laufe der Jahre geändert. Anfangs wurden die ligg, rot. durch Seide fixiert, da aber einige Male Herauseiterung der Fäden mit Fistelbildungen unter Umständen noch nach mehreren Jahren beobachtet wurde, so wurde dieses Material nicht mehr verwandt. In einer Anzahl der Fälle wurde zu sämmtlichen Nähten Catgut genommen, aber auch diese Methode wieder verlassen wegen des leichteren Eintritts von Recidiven. Ferner wurden teilweise die Fixationsfäden der Ligamente von innen um dieselben herumgeführt und auch innen geknotet. Da dieses aber bei kleinen Bauchwunden

Schwierigkeiten macht, so werden sie jetzt von aussen gelegt und auf der Fascia superficialis geknotet.

In den Jahren 1889 bis 1. Oktober 1904 wurde die Ventrifixation an hiesiger Frauenklinik 88mal ausgeführt, und immer erst dann, wenn die konservativen Heilfaktoren zu einer Besserung des Leidens nicht geführt hatten, abgesehen natürlich von den Fällen, bei denen infolge anderer Erkrankung die Ventrifixation nur nebenbei vorgenommen wurde.

Bezüglich der objektiven wie subjektiven Heilerfolge habe ich es für zweckmässig gehalten, die Krankheitsfälle in verschiedene Gruppen einzuteilen und zwar:

1. Retroflexio uteri mobilis,
2. Retroflexio uteri fixata,
3. Adnexerkrankungen mit Retroflexion,
4. Prolapsus mit Beteiligung des Uterus.

Auf diese Gruppen verteilen sich nun die 88 Fälle folgendermassen:

I. Retroflexio mobilis . . . . . 5mal.
II. Retroflexio fixata . . . . . 37mal.
III. Adnexerkrankungen mit Retroflexion . 26mal.
IV. Prolaps mit Beteiligung des Uterus . 20mal.

Von vornherein sind nun 3 Todesfälle abzurechnen, die für die Wertschätzung der Operation nicht in Betracht kommen.

Es sind dies eine Patientin, die ein Jahr nach der Operation an Phthisispulmonum gestorben ist, ohne je wieder von Seiten des Unterleibes Beschwerden gehabt zu haben; eine zweite Frau, die kurz nach der Operation an Magencarcinom, das schon bei Eröffnung der Bauchhöhle mit Wahrscheinlichkeit diagnosciert wurde, zu Grunde gegangen ist. Die

dritte Patientin ist in diesem Jahre an Peritonitis tuberculosa gestorben. Diese ist 1895 operiert und ist 1896 noch einmal zur Nachuntersuchung gekommen, bei der der Uterus anteflectiert der Bauchwand angelegen hat und beweglich war. Die Bauchnarbe war glatt und fest.

Eine vierte Patientin (No. 4) ist 7 Tage post operationem an Peritonitis fibrinosa purulenta, wie die Section ergab, gestorben. Dieser Todesfall fällt natürlich der Operation zur Last, während das bei den anderen selbstverständlich ausgeschlossen ist.

Dieser Fall zeigt also, dass bei der Ventrifixation die momentane Gefahr in der Eröffnung des Bauchfells liegt und es doch hin und wieder zur Bildung einer eitrigen Bauchfellentzündung kommen und dadurch der Tod einer Kranken herbeigeführt werden kann. Es wäre jedoch unberechtigt, infolge dieses Umstandes der Ventrifixation das Todesurteil zu sprechen, da solche Zufälle sehr selten auftreten. Betrachten wir die übrigen Fälle, so zeigen sie fast durchweg eine vollkommen ungestört verlaufene Rekonvalescenz, und sprechen durch das Resultat der Dauererfolge der Operation doch energisch das Wort, sowohl betreff der Beseitigung der Retroflexion, als auch der Beschwerden, trotz mancher weit vorgeschrittener entzündlicher Prozesse im kleinen Becken und vieler schwerer Aduexerkrankungen.

Trotz wiederholter brieflicher Aufforderung von meiner Seite haben sich jetzt nur 36 Frauen zur Nachuntersuchung eingefunden, jedoch sind von in früheren Jahren vorgenommenen späteren Untersuchungen noch 17 Fälle zu verwerten. Ich lasse nun

diese 53 Krankengeschichten nach den oben aufgestellten Gruppen in kurzen Auszügen folgen.

Briefliche Mitteilungen sind mir von 16 Patientinnen zugegangen, während die übrigen teils nicht antworteten, teils nicht aufzufinden waren.

I. Gruppe.

1. Alexandra B. 22. Jahre, Bauerstochter.

Op. I. Menses mit 15. Jahren. Anfangs selten ohne Schmerzen in den letzten 2—3 Jahren sehr unregelmässig, häufiger und schmerzhaft. Drängen und Drücken nach unten, besonders beim Heben.

Befund. Diagnose: Uterus retroflectiert, leicht beweglich, aufrichtbar. Seit 2 Jahren hystero-epilept. Anfälle. Retroflexio uteri, mässiger Descensus. Hysterie.

Therapie: Ventrofixation.

19. VII. 97. Ligg. rot. durch eine Seitennaht fixiert (Ligg. sehr schlaff.) Fundus mit 3 Schlingen der Catgutnath gefasst.

Entlassung. Uterus anteflectiert.

27. III. 98. Wiedervorstellung. Uterus sehr gut anteflectiert, klagt über Schmerzen bei Periode. Hysterische Anfälle.

19. VI. 98. Hysterische Anfälle häufiger. Narbe gut verheilt. Uterus liegt der Bauchwand an, keine Schmerzhaftigkeit.

1900. Fühlt sich wohl.

19. XII. 04. Vorgestellt. Nach Operation keine Geburten. Die Anfälle sind immer noch vorhanden, zuletzt vor 8 Wochen, jetzt bedeutend stärker als früher. Periode immer regelmässig, $^1/_2$ Tag lang vorher krampfartige Schmerzen. Sehr geringer Blutsverlust, manchmal nur $^1/_2$ Tag dauernd. Seit 8 Wochen ausgeblieben. Seit derselben Zeit Schmerzen im Leib und starke Stuhlverhaltung. Bei einigermassen schwerer Arbeit klagt Patientin über Gefühl der Schwäche und Kreuzschmerzen.

Status: Bauchnarbe glatt und fest, ohne Hernie. Hymen intakt. Per recktum: Uterus klein, liegt mit seinem

Fundus etwa 3 Querfinger oberhalb der Symphyse der Bauchwand frei, beweglich an. Rechte Adnexe frei, linke werden als etwas empfindlich angegeben, objektiv nichts nachweisbar.

2. Sophie B. 20 Jahre, Gastwirtstochter.

Seit 15. Jahr regelmässig menstruiert, 5 wöchentlich, früher mit starken Kreuzschmerzen, 5—6 Tage dauernd, mässiger Blutsverlust, zuletzt vor 8 Tagen. Klagt über Kreuzschmerzen, Kopfweh. Stuhl retardiert. Trägt seit 3 Jahren, Ring; solange derselbe liegt, sind die Beschwerden besser- dieselben haben schon vor der ersten Menstruation angefangen; wünscht operative Beseitigung.

Status: Uterus in starker Retroflexion, vollständig beweglich, nicht vergrössert und nicht druckempfindlich. Gegend der Ovarien auf Druck schmerzhaft

Retroflexio ut. mob.

24. XI. 03. Therapie: Ventrofixatio. Ligg. rot. mit fascie; vordere Wand mit Periton. Catgut.

14. XII. 03. Entlassung. Geheilt entlassen.

IV. 04. Wieder die alten Beschwerden. Uterus wieder retroflectiert, beweglich. Bauchwunde lineär und fest.

II. Gruppe.

3. Caroline B. 20 Jahre, Vizewachtmeistersfrau.

I par. part. spontan. I. Menses mit 15 Jahren, regelmässig 3—4 tägig. Seit $1^1/_2$ Jahren Kreuzschmerzen, besonders beim Heben und Bücken. Obstipation. Durch Tragen von Ring Beschwerden nicht nachgelassen.

Befund. Diagnose: Uterus mässig vergrössert. Uterus breit hinten fixiert.

Retrofl. uteri fix.

21. VI. 97. Therapie: Ventrofixatio uteri. Horn des Uterus jederseits durch je eine tiefe Seidenligatur fixiert.

VII. 97. Entlassungsbefund. Bauchwunde per primam geheilt. Portio steht normal. Hinter Portio grösseres Infiltrat von Form des Douglas. Uterus liegt normal. Links vom Uterus alles frei.

17. XI. II. Operation. Infolge einer Fadenschlinge Eiterung und Fistel in der Bauchwunde. Spaltung, Auskratzung und Desinfektion.

1902. Sehr guter Befund.

4. 1898. Antonie Sch. 39 Jahre, Wärterin.

O. p. Menses mit 19 Jahren, im 21. Jahre bleichsüchtig. Menses unregelmässig, 3—4 tägig, teils stark, teils schwach. Seit 4 Jahren Pessar. Schmerzen im Kreuz und rechter Seite. Poliklin. Behandlung 5 Wochen lang, kein Erfolg.

Befund: Portio nach vorn, Uterus retroflectiert, nach rechts verlagert, hinten fixiert.

Retroflexio uteri fix.

14. II. 98. Therapie: Ventrofixation. Ligg. rot. mit einer Seidennath fixiert. Fundus mit Catgutnäthen an Peritoneum.

Verlauf in den ersten Tagen Leibschmerzen, Abdomen aufgetrieben in den nächsten Tagen Besserung, am 7. Tage plötzlich starke Schmerzen in beiden Schultern, die bis in die Hände ausstrahlen. Collaps.

21. II. 98. Exitus. Herzschwäche.

Pathol. anat. Diagnose: Peritonitis fibrinosa, purulenta, diffusa. Adhaesiones fibrinosae intestini cum torsione mesenterii Residua peri-et parametritidis, Inflammatio tubarum recens.

5. 1898. Gertrud W. 44 Jahre, Steinmetzfrau.

II. p. 1. normale Geburt. II. Abort in 2. Monat. Periode mit 20 Jahren, stets unregelmässig. Pause von 2—6 Wochen, immer stark, zeitweise Abgang von Stücken 5—8 tägig. Seit 1 Jahr Schmerzen in linker Seite. Seit der Entbindung (15 Jahre) Senkung des Uterus.

Befund-Diagnose: Portio weit vorstehend. Uterus vollständig retroflektiert, nicht aufzurichten, hinter der ganzen Ausdehnung fixiert.

Retroflexio uteri fix.

13. VI. 98. Therapie: Schnitt dicht über Symphyse. Ligg. rot durch je eine Seidennath fixiert. Fundus durch eine Seidennath.

Entlassung: Bauchwunde in ganzer Ausdehnung glatt p. p. geheilt. Uterus liegt der vorderen Bauchwand unverschieblich an. Das kleine Becken, besonders der Douglas'sche Raum ist frei von Exsudatbildungen.

1902. Befund tadellos.

6. 1900. Marie G. 30 Jahre, Landwirtsfrau.

II. p. Sobald Uterus nach hinten fällt, hat Patientin Schmerzen, nach Aufrichtung durch den Arzt Besserung.

Befund: Uterus vollständig retroflektiert, nicht gross, ziemlich beweglich. L. Ovarium sehr gross.

Diagnose: Retroflexio uteri, Permetritis.

9. XI. 00. Therapie: Ventrofixatio. Lig. rot. je 1 Seidenfaden mit Fascie. Fundus uteri Catgutnaht mit Peritoneum vernäht.

29. XI. Entlassung. Uterus liegt mit Fundus der Bauchwand gut an. Kleines Becken frei.

20. III. 1902. Vorgestellt. Uterus liegt vollständig anteflektiert, durchaus beweglich. Linkes Ovarium etwas druckempfindlich.

24. X. 1904. Vorgestellt. Bauchnarbe sehr fein, kaum sichtbar, vollständig fest. Am Nabel kleine erbsengrosse Diastase. Uterus liegt sehr gut, anteflektiert, sehr gut beweglich. Kleines Becken frei.

7. 1902. Fr. Gretchen, 31 Jahre, Bahnadjunktenfrau.

I. p. vor $3^1/_2$ Jahren spontan Periode sehr stark, regelmässig. März 1899 curettiert. Seit Geburt starke Schmerzen im Kreuz und linker Seite, bei Periode gesteigert. Mässig starker Fluor.

Befund: Portio nach vorn. Uterus vollständig retroflektiert, scheint fixiert. Bewegungen sehr empfindlich.

Retroflexio uteri Perimetritis.

25. I. 02 Therapie: Ventrofixatio Ligg. rot. je 1 Seidenfaden mit Fascie, vordere Fläche und obere durch 3 Catgutnähte mit Peritoneum vernäht.

14. II. 02. Entlassung: Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus anteflektiert, gut beweglich, hinter Uterus nach links oben empfindliche leichte Verdickung.

25. V. 02. Uterus liegt gut anteflektiert, gut beweglich, in Umgebung nichts Besonderes. Subjektive Beschwerden wesentlich gebessert.

8. 1902. S. Marie 23 Jahre, Brennmeistersfrau.

I. p. Januar 1901. Schmerzen im ganzen Unterleib, besonders während der Menses, aber auch sonst heftiger ge-

worden im letzten Winter, poliklin. mit Ring behandelt, keine Besserung.

Befund: Uterus mässig retroflektiert. Aufrichtung nicht vollständig möglich. Druckempfindlich.

Retroflexio ut. fix. Perimetritis.

24. II. 02. Ventrofixatio Ligg. rot. je 1 Seidennaht, vordere Fläche 3 Catgutnähte mit Peritoneum.

19. III. 02. Entlassung: Bauchwunde pp. Uterus anteflektiert, gut beweglich.

5. V. 02. Menses sehr stark. Uterus liegt sehr gut, frei beweglich. Kleines Becken frei, linkes Ovarium etwas druckempfindlich.

18. X. 03. Am Abend 11 Uhr von einem ausgetragenen totfaulen Kinde weibl. Geschlechts entbunden.

4. XI. 04. Vorgestellt. Bauchnarbe fest und glatt. Uterus anteflektiert, vollkommen gut beweglich, mit Fundus etwa 2 Querfinger oberhalb der Symphyse der Bauchwand anliegend. Bei stärkerem Druck beide Kanten des Uterus schmerzhaft. Seit 6 Wochen bei Laufen und stärkeren Anstrengungen Schmerzen in beiden Leistengegenden. Menses regelmässig, 3 wöchentlich. Schmerzen vor und während der Periode seit ca. 8 Wochen.

9. H. Marie 34 Jahre, Bauerstochter. 1902.

I. p. vor 7 Jahren spontan mit 23 J. Kniegelenksentzündung. Periode regelmässig 3 wöchentlich mit Schmerzen, viel Blut. Vor 2 Jahren in Klinik wegen Kreuzschmerzen. Retrofl. ut. Seitdem gebessert.

Status: Uterus vollkommen tief retroflektiert, nicht aufrichtbar, sehr druckempfindlich.

Diagnose: Retrofl. ut. fix. Perimetris.

26. III. 02. Therapie: Ventrifixatio Lig. rot. durch je 1 Seidennaht mit Fascie, vordere Fläche durch 3 Catgutnähte mit Peritoneum vernäht.

15. IV. 02. Entlassung. Uterus liegt gut. Wunde p. p. geheilt. Keine Beschwerden.

15. XI. 04. Vorgestellt. Von Seiten des Unterleibs weiter keine Beschwerden als kurz vor der Periode Kreuzschmerzen. Periode 4 wöchentlich regelmässig 2 Tage dauernd. Keine Schmerzen bei der Periode. (Keine Geburten mehr

erfolgt). Patientin ist nicht arbeitsfähig, da sie infolge eines alten Knieleidens und besonders infolge eines ulcus cruris rechts kaum gehen kann.

Status: Bauchnarbe glatt weich. Introitus und vagina mässig weit. Portio an normaler Stelle. Uterus normal gross, liegt anteflektiert mit seinem Fundus etwa 2 Querfinger breit oberhalb der Symphyse der Bauchwand an.

10. 1902. E. Elisabeth, Bauführersfrau.

II. p. Menses mit 19 Jahren, unregelmässig. Bleichsüchtig. Patientin ist tuberk. Geburten spontan, vor 1 Jahr Gebärmutterentzündung, Kreuzschmerzen, starker Ausfluss. Obstipation. Vor 1 Jahr wegen linksseitiger Adnexbildung poliklinisch behandelt, 2 Wochen hohes Fieber.

Status: Retrofl. uteri fix.

7. IV. 02. Therapie: Ventrifixat. ut. Ligg. rot. durch je 1 Seidenfaden mit Fascie, vordere Fläche mit 3 Catgutnähten mit Peritoneum vernäht.

30. IV. 02. Entlassung. L. neben Uterus kleine Geschwulst. Uterus liegt gut.

14. XI. 04. Vorgestellt. Befinden sehr gut, vollständig beschwerdefrei. Leib etwas aufgetrieben. Narbe fest. Uterus liegt etwas aufgerichtet, gut beweglich. Kleines Becken vollkommen frei. Periode regelmässig, ohne Beschwerden.

11. 1902. Fr. Marie, 32 Jahre, Köchin.

II. p. Schmerzen im ganzen Leib, immer vorhanden seit 4—5 Wochen. Menses 14 tägig. 8—10 Tage mit Schmerzen. Seit 4 Jahren poliklin. behandelt. Partus normal.

Status: Retrofl. ut. fixata. Ausfluss aus Cervix (stark schleimig) Wiegenpessar, Schmerzen nicht gelindert.

11. VI. 02. Therapie: Ventrofixation mit 2 Seidennäthen.

3. V. 02. Entlassung. Wunde ganz fest geheilt. Uterus in normaler Antiflexion, vollkommen beweglich. Keine Refistenz sonst zu fühlen. Keine Schmerzen.

14. XI. 04. Vorgestellt. Entbindung nach der Operation Oktober 1903. Beckenendlage. Schwangerschaft und Geburt gut verlaufen. Letzte Menses 15. IV. 04. Jetzt im 8. Monat schwanger. Gravidität ebenfalls ohne Beschwerden. Kind liegt in Querlage. Bauchnarbe fest und glatt.

12. W. Maria, 41 Jahre, Steinhauerswitwe.

IV. p. Geburten normal. Seit 1 Jahr Kreuzschmerzen. Patientin kann sich nicht bücken. Blutungen. Menses regelmässig mit 14 Jahren.

Status: Uterus in Retroflexio-versionsstellung, nicht beweglich, hinter dem Uterus stärkere Stränge.

Perimetritis invet. Retrofl. ut. fix.

2. V. 02. Therapie: Ventofix. Lig. rot. mit Seidenfäden, vordere obere Fläche mit Catgutnähten fixiert.

20. V. 02. Entlassen. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus gut anteflektiert, mässig beweglich. Hinter dem Uterus im Douglas unbestimmte ungleichmässige Resistenz, nicht empfindlich.

5. XI. 04. Vorgestellt. Bauchnarbe vollkommen glatt und fest. Uterus anteflektiert liegt der vorderen Bauchwand etwa 2 Querfinger oberhalb der Symphyse gut beweglich und verschieblich an. Kleines Becken vollständig frei. Bei stärkerem Druck geringe Empfindlichkeit. Uterus selbst ist recht gross. Patientin giebt noch an, dass sie während der Periode wenig Schmerzen hat, der Blutverlust ausserordentlich stark ist und 8—10 Tage dauert. Beim Stuhlgang Schmerzen im Mastdarm.

13. V. Rosine, 31 Jahre, Bauerstochter.

0 p. Schmerzen im Leib und Kreuz seit 12 Jahren immer vorhanden, seitdem auch Ausfluss. I. Regel mit 14 Jahren, regelmässig, manchmal viel Blut verloren 6—8 tägig dauernd, viel krampfartige Schmerzen.

Status: Scheide recht eng, Porto steht tief und weit nach vorn. Uterus vollkommen retroflektiert. Aufrichtung gelingt nicht, sehr empfindlich.

Retrofix. ut. fix.

5. V. 02 Therapie: Ventrifixation. Ligg. rot. durch je eine Seidenligatur mit Fascie, vordere obere Fläche durch 3 Catgutnähte mit Peritoneum vernäht.

25. V. 02. Entlassen. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus anteflektiert, gut beweglich. Kleines Becken überall frei.

14. XI. 04. Vorgestellt. Im ersten Jahr nach der Operation noch Leibschmerzen. Bauchnarbe fest. Uterus liegt anteflektiert, durchaus beweglich. Stärkere Bewegungen

besonders gegen vordere Bauchwand etwas druckempfindlich. Linkes Ovarium liegt tief und ist etwas fixiert. Rechtes Ovarium an sich normal, ebenfalls etwas druckempfindlich. Stuhlgang angehalten. Bei der Arbeit Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite. Schmerzen vor und während der Periode.

14. 1902. R. Margaretha, 33 Jahre, Heizersfrau.

II. p. Geburten normal I. Menses mit 14 Jahren. Nach der letzten Geburt Periode sehr stark, alle 14 Tage. Nach Behandlung von Prof. Nieberding wieder regelmässig. Seit 1895 in poliklin. Behandlung wegen Retroflexio ut. Beschwerden (Kreuzschmerzen, Druckgefühl) sehr arg geworden in letzter Zeit, dabei zur Operation entschlossen.

Diagnose: Retroflexio ut. fix.

16. VI. 02. Therapie: Ventrofixatio. Lig. rot. durch je eine Seidennaht mit Fascie, vordere Fläche durch Catgutnähte mit Peritoneum.

5. VII. 02. Entlassen. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus anteflektiert. etwas hoch, frei beweglich. Im hinteren Scheidegewölbe etwas nach rechts ein derber Strang, sonst überall frei.

3. IX. 03. Bauchnarbe vollkommen fest; stark pigmentiert. Portio steht normal; ebenso Uterus anteflektiert, ziemlich gross, gut beweglich. Blutiger Ausfluss. Secale. In der 2. Hälfte der Schwangerschaft ziemliche Schmerzen in der Narbe, besonders bei Bewegung des Kindes. Geburtsverlauf völlig normal.

14. X, 03. Uterus normal zurückgebildet, anteflektiert, beweglich. Subjektiv vollständiges Wohlbefinden.

19. X. 04. Fühlt sich absolut wohl (letzte Geburt vor der Operation, 11 Jahre vorher). Bauchnarbe ist im unteren Teil ein wenig verbreitert, aber vollkommen fest. Uterus liegt vlölig normal, ganz beweglich, nirgends empfindlich. Patientin erklärt, völlig beschwerdefrei und arbeitsfähig zu sein.

15. 1902. L. Ernestine, 27 Jahre, Commisfrau.

I. p. Schmerzen im Kreuz andauernd. Geburt vor 7Jahren normal. Darauf Endometritis, Curettement, Heilung. Retroflexio-Behandlung mit Pessarien erfolglos, Menses nach Entbindung, Dauer 12—14 Tage, sehr stark.

Status: Retrofl. uteri, fixiert, descendiert. Linke Adnexe verwachsen.

Retrofl. ut. fix. Adhaesiones adnex. sin.

Therapie. Ventrofixation. Ligg. rot. durch 2 Seidennähte, vordere Fläche durch Catgutnähte mit Peritoneum vernäht.

23. XI. 02. Menstruation normal ohne Beschwerden, zuletzt am 19. XI. Ab und zu Leibschmerzen, jetzt gut. Stuhl zuweilen behindert. Uterus liegt normal, gut beweglich, nur noch in linker Seite etwas empfindlich, hinten ganz frei, keine Schmerzen.

16. 1902. V. Magdalena, 25 Jahre, Lackierersfrau.

III. p. 1 spontane Geburt, 2mal Abort. Nach letzteren Abort starke Schmerzen im Leib, Ausfluss. Kreuzschmerzen. Periode sehr stark, regelmässig.

Befund: Uterus retroflektiert, ausserordentlich feste Verwachsungen. Palpation sehr empfindlich, auch in Narkose. Aufrichtung nicht möglich.

Diagnose: Betrofl. ut. fix. Perimetr. adhaes.

17. X. 02. Therapie: Ventrofixation. Ligg. rot. je 1 Seidenfaden, vordere Fläche Catgutnähte.

5. XI. 02. Entlassung. Wunde glatt verheilt. Uterus anteflektiert, der Bauchwand an, vollkommen beweglich. Kleines Becken frei.

28. II. 03. Uterus liegt vollständig normal, gut beweglich. Fundus auf Druck etwas empfindlich.

22. V. 03. Kreuzschmerzen in der linken Seite. Uterus liegt vollständig normal, anteflektiert, vollkommen beweglich, nicht druckempfindlich. Anhänge frei.

15. XI. 04. Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib, die stets vorhanden sind. Angehaltener Stuhlgang. Periode regelmässig, 5 Tage dauernd, ziemlich starker Blutverlust, dabei starke Kreuzschmerzen. Jetzt Periode seit 25. IX. ausgeblieben.

Status: Bauchnarbe glatt und weich, kaum sichtbar. Introitus und vagina weit. Uterus anteflektiert, im Dickendurchmesser entschieden vergrössert. Fundus ganz gut ver-

schieblich. Verschiebung schmerzhaft. Untersuchung der Adnexe besonders links sehr empfindlich. Graviditas. Soll in 6 Wochen niederkommen.

17. 1902. C. Franziska, 26 Jahre, Schneidersfrau.

I. p. vor $3^1/_2$ Jahren; $^3/_4$ Jahre später wegen Schmerzen in rechter Seite in ärztlicher Behandlung. Periode $1^1/_2$ Jahr ausgeblieben, dann unregelmässig, stark. Abgang von Flocken, 6—8tägige Dauer. Pessarium. Seit vorigen Sommer Zustand sehr verschlechtert; starke Kreuzschmerzen, weisslicher Ausfluss.

Befund: Uterus retrovertiert. Portio sieht nach vorn Fund. ut. hinten fixiert. Dougl. in tiefer Narkose sehr empfindlich. Recht. Ovar. verwachsen.

24. X. 02. Therapie: Ventrofixation. Ligg. rot. durch 2 Fäden, vordere Fläche durch Catgutnaht fixiert.

11. XI. 02. Entlassen. Uterus anteflektiert, beweglich. Bauchwunde gut geheilt.

28. X. 04. Vorgestellt. Periode regelmässig 5wöchentlich, mit starken Schmerzen. Patientin klagt ausserdem über häufige Schmerzen, besonders auf der linken Seite, die links seitwärts vom Nabel angegeben werden und auch bei Druck an dieser Stelle, besonders bei Berührung der Aorta ganz lokal geäussert werden. Links im kleinen Becken keine Schmerzen. Patientin macht im Ganzen einen etwas schlaffen und leidenden Eindruck.

Gaumen-Patellar- und Cornealreflexe fast völlig erloschen. Klagt noch über allgemeine Reizungszustände.

Hodgepessar.

Rechts bei Berührung des Ovarium werden Schmerzen angegeben. Uterus liegt vollkommen normal, leicht beweglich, vollkommen frei. Kleines Becken auch vollkommen frei. Bauchdecken etwas schlaff.

18. v. St. Klara, Zugeherin, Schmiedswitwe.

Starke Kreuz- und Leibschmerzen; häufig dabei Magenkrämpfe und Brechreiz. Stuhlgang unregelmässig hart. Menses regelmässig schwach.

Befund: Portio tief nach vorn, ectropioniert, rechts zieml. Einriss. Uterus liegt retrovertiert, etwas verschieblich, aber nicht frei beweglich.

Diagnose: Retrofl. ut. fix.

14. XI. 02. Therapie: Ventrifixatio. Ligg. rot. und vordere Fläche des Uterus mit Catgutnähten.

2. XII. 02. Entlassen. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus liegt vollständig in Anteflexion, gut beweglich.

14. XI. 04. Vorgestellt. Bauchnarbe fest und glatt. Uterus anteflektiert, 2 Querfinger oberhalb der Symphyse der Bauchwand anliegend, gut beweglich. Anhänge beiderseits frei, aber etwas druckempfindlich. Klagt über Schmerzen bei der Periode. Stuhlgang regelmässig.

19. Sch. Rosa, 42 Jahre, Bauersfrau.

I. p. Abort im 2.—3. Monat. Dann Stiche in der rechten Seite. Ring 3 Jahre getragen. Schmerzen nachgelassen, Ring entfernt, dann wieder Stiche, in hiesiger Klinik behandelt (vor 4 Jahren). Ring eingelegt, später wieder entfernt, sodass sie jetzt wieder die früheren Beschwerden hat.

Befund: Uterus retroflektiert. Portio sieht nach vorn. Digital, nicht aufzurichten.

Retroflexio ut. fix.

20 III. 03. Therapie: Ventrofixatio. Ligg. rot. mit Fascie, Fundus an Peritoneum mit Catgut.

24. IV. 03. Entlassen mit kleiner granulierender Bauchwunde. Borwachssalbe.

18. VII. 03. Beine geschwollen. Subjektiv Wohlbefinden. Uterus retrovertiert, fixiert. Bauchnarbe primär geheilt.

20. 1904. R. Klara, 47 Jahre, Heizerswitwe.

II. p. Druck auf den Darm, Schmerzen bei der Periode. Menses regelmässig 4wöchentlich, stark blutend. Vor 8 Tagen angeblich Erbrechen, Unterleibsschmerzen, bis vor 3 Jahren Ring getragen.

Status: Uterus wenig vergrössert, hart, wenig beweglich, stark retroflektiert, hinten fixiert. Adnexe nichts Besonderes.

Retrofl. ut. fix.

15. II. 04. Therapie: Ventrifixatio. Ligg. rot. durch 2 Silkwormnähte mit Fascie, Fundus an Peritoneum fixiert, Catgut.

6. III. 04. Entlassen. Uterus gut anteflektiert. Bauchnarbe primär geheilt.

25. X. 04. Vorgestellt. Narbe in der linea alba vollkommen fest, aber etwas breit und stark pigmentiert. Fundus uteri liegt gut daumenbreit oberhalb der Symphyse, im Ganzen leicht und gut beweglich. Anhänge vollkommen frei, ebenso kleines Becken.

Seit 2 Monaten angeblich Schmerzen in der Magengegend und Uebelsein. Rechts ausgesprochene Wanderniere.

Menses 2 Tage dauernd, geringe Blutung. Träger Stuhlgang.

21. 1904. Fr. Dorothea, 34 Jahre, Bauersfrau.

II. p. Vor 10 Jahren Abort im 5. Monat, vor 8 Jahren Zwillinge. Im Beginn der Periode starke Schmerzen. Seit 8 Jahren Schmerzen im Kreuz und Unterleib, in letzter Zeit stärker geworden.

Status: Portio dicht hinter Symphyse. Uterus in Retroflexion, fixiert. Aufrichtung mit Sonde nicht möglich.

Retrofl. ut. fix.

8. III. 04. Therapie: Ventrifixatio. Ligg. rot. durch 2 Silkwormnähte mit Fascie. Fundus durch Catgutnähte mit dem Rand der äusseren Wunde vernäht.

28. III. 04. Entlassen. Uterus liegt der Bauchwand gut an. Kleines Becken frei. Bauchwunde primär geheilt.

22. X. 04. Vorgestellt. Bei schwerem Heben Kreuzschmerzen. Menstruation regelmässig, geringe Brustschmerzen dabei. Bauchnarbe vollkommen linear und fest. Scheide ziemlich fest. Uterus vollständig anteflektiert, mit dem Fundus der Bauchwand ziemlich fest anliegend, aber sonst durchaus beweglich. Aduexe vollkommen frei, nirgends besonders druckempfindlich.

22. 1904. R. Babetta, 33 Jahre, Taglöhnersfrau.

III. p. Letzte Geburt vor 3 Jahren. I. Menses mit 14 Jahren, stets regelmässig. Vor 3 Jahren gefallen und seit dieser Zeit angeblich Schmerzen im Kreuz und Unterleib.

Status: Portio dicht hinter der Symphyse. Uterus retroflektiert, fixiert, mit Sonde nicht aufzurichten.

Retrofl. ut. fix.

18. III. 04. Therapie: Ventrifixatio uteri. Ligg. rot. durch 2 Silkwormnähte mit Fascie. Fundus mit Peritoneum durch Catgut vernäht.

7. IV. 04. Entlassen. Uterus liegt in normaler Anteflexion der Bauchwand dicht an. Kleines Becken frei.

21. X. 04. Vorgestellt. Patientin klagt über dumpfe Schmerzen im Unterleib, schwere Arbeit unmöglich.

Nach der Operation Periode ganz regelmässig. Uterus etwas gross, liegt in leichter Retroversionsstellung, vollkommen frei beweglich, lässt sich leicht in Anteflexion bringen.

Aduexe anscheinend frei.

Bauchnarbe glatt, weich, verschwindet fast vollkommen in den Hautfalten.

Hodgepressar.

23. 1904. R. Marie, 28 Jahre, Bauerstochter.

0 p. Menses mit $14^1/_2$ Jahren regelmässig. Seit 1 Jahr unregelmässig. Alle 3 Wochen bis 14 Tage, starke Schmerzen vorher und während derselben. Ausfluss seit 1 Jahr.

Status: Portio dicht an der Symphyse, nach vorn gerichtet. Uterus retroflektiert, etwas nach links verlagert, nicht vergrössert.

Retroflexio ut. fix.

22. III. 04. Therapie: Ventrofixatio ut. Ligg. rot durch 2 Silkwormnähte an Fascie, Fundus ut. durch Catgut an Peritoneum fixiert.

12. IV. 04. Entlassen. Patientin sieht blühend aus. Bauchwunde p. p. geheilt, linear und fest. Uterus liegt gut anteflektiert der Bauchwand dicht an.

22. X. 04. Vorgestellt. Menses normal ohne Beschwerden, ebenso Urinentleerung. Uterus liegt vollständig anteflektiert, leicht beweglich, sehr weitgehend verschieblich. Die linke Adnexe etwas verdickt, das linke Ovarium scheint etwas vergrössert und fixiert, rechts normal. Bauchnarbe vollständig lineär, absolut fest. Stuhlgang normal.

24. 1904. H. Josephine, 43 Jahre, led. Näherin.

25. V. 04. I. Menses mit 22 Jahren, regelmässig, beschwerdefrei. Menopause seit 10 Jahren. Patientin kommt wegen Schmerzen im Unterleib und Kreuz, besonders bei Bewegung, seit Februar, damals Bauchfellentzündung. Seitdem auch Brennen beim Wasserlassen und Ischurie, Obstipation. Viel Kopfweh.

Status: Uterus retroflektiert, fixiert. An rechter Kante etwa wallnussgrosser harter Tumor.

Diagnose: Retroflexio uteri fixata.

3. VI. 04. Therapie: Ventrifixatio durch 2 Silkwormnähte. Ligg. rot. mit Fascie, durch 2 Catgutnähte vordere Fläche des Uterus mit Peritoneum verbunden. Querschnitt Im Verlauf stellt sich Fasciennekrose und Eiterung ein.

24. XI. 04. Vorgestellt: Patientin klagt über Kopfschmerzen und Schmerzen im Leib. Bauchnarbe ist vollkommen fest und glatt. Portio ziemlich weit nach hinten, durchaus normal. Uterus anteflektiert, gut beweglich, nicht vergrössert. Anhänge vollkommen frei.

III. Gruppe.

25. 1889. B. Angeline, 30 Jahre, Dienstmagd.

0 p. Seit Januar 1889 Kreuzschmerzen, seit 1. Dezember wegen retrofl. uteri in ärztlicher Behandlung, mehrfach Pessare. Menses 3wöchentlich, vorher heftige Schmerzen 3—4 Tage dauernd; mässig reichlicher Blutverlust. Im September 1889 Aufnahme in Frauenklinik. Pessare ohne Erfolg. Neurasthenische Beschwerden.

Befund: Ovarialkystom rechts. Retrofl. uteri.

29. XI. 89. Therapie: Ovariotomia dextr. Ventrofixatio uteri. Die beiden untersten Bauchnähte werden $1^1/_2$ cm breit durch Fundus uteri gezogen, einige mm tief.

23. XII. 89. Entlassung. Letzte Uterusnaht entfernt. Uterus bleibt vorn fixiert. Subjektives Wohlbefinden.

III. 96. Im Allgemeinen gutes Befindeu, noch oft Schmerzen im Leib und Rückenschmerzen, besonders nach Anstrengungen und zur Zeit der Periode (schriftl. Mitteilung).

19. XI. 04 Vorgestellt. Bauchnarbe fest. Leib etwas aufgetrieben, aber weich. Uterus liegt in Anteflexion ziemlich tief im kleinen Becken, volkommen beweglich. Menses mit grossen Pausen (Klimakterium), in letzter Zeit spärlich, starke Beschwerden. Bei der Arbeit Schmerzen.

26. 1890. B. Katharina, 27 Jahre, Köchin.

1. p. vor $4^1/_2$ Jahren im 7. Monat. Nach $^1/_2$ Jahr Schmerzen in rechter Seite des Unterleibs. $^3/_4$ Jahr in poliklinischer Behandlung wegen Retrofl. Uterus fällt trotz Aufrichten und Pessare immer wieder um. Schmerzen nehmen zu.

Diagnose: Kystoma ovarii dext. Retrofl. uteri.

14. I. 90. Therapie: Ovariotomia dextr. Fundus uteri durch 3. Silberdraht an die vordere Bauchwand fixiert.

10. II. 90. Entlassung. Fund. ut. handbreit oberhalb der Symphyse der Bauchwand anliegend.

30. IV. 90. Poliklinische Untersuchung. Klagt über Stechen in rechter Nierengegend. Uterus ideal anteflektiert, Fundus an der Bauchwand, ziemlich verschieblich. Anhänge frei.

10. V. 90. Uterus von der Bauchwand losgerissen, vollkommen retroflektiert, keine Beschwerden.

27. 1891. Sch. Anna, 42 Jahre, Taglöhnersfrau.

V. p. Letzte Geburt vor 11 Jahren, alle spontan. Seit I. p. leidet Patientin an Prolaps (18 Jahre), 2mal operiert vor 6 und 4 Jahren. Nach I. Operation Recidiv nach 5 Wochen, nach II. 11 Tagen. Jetzt Schmerzen im Unterleib, beständigen Druck, arbeitsunfähig.

Befund: Vulva klafft weit, vordere narbige Scheidenwand circulär prolabiert. Portio atrophisch, Uterus retrovertiert, apfelgross.

Diagnose: Prolapsus vaginae ant. Tuboovarialtumor doppelseitig.

27. VI. 91. Therapie: Salpingo - ovariotomia dextr. Ventrofixatio uteri. Ligg. rot. durch je einen Seidenfaden an die vordere Bauchwand angenäht, Fundus durch Silberdraht befestigt. Uterus serosa mit Periton-parietale vernäht (fortl. Catgutnaht).

5. VIII. 91. Entlassung. Uterus der Bauchwand adhaerent. Prolapsoperation auf später verschoben.

7. IX. 91. Kolporrh. ant. sin. et. post. Damplastik (Lawson-Tait.)

3. III. 96. Damm gut und fest, ebenso der ganze untere Teil der Scheide, im oberen Teil ringförmige Verengerung. Vaginalportion klein. Uterus leicht retrovertiert, ziemlich gut beweglich. Bauchnarbe straff und fest, im mittleren Teil eine etwa bohnengrosse Hernie. Sonde gleitet im Uterus in Richtung nach oben 6 cm.

28. 1898. M. Margareta, 21 Jahre, Landwirtstochter.

0 p. Links unten Beschwerden. In ihrer Arbeitstätigkeit stark gestört.

Status: Uterus nicht vergrössert und retrovertiert. Linkes Ovarium etwas vergrössert, sehr druckempfindlich. Dicht neben dem Uterus und nach vorn gerückt. Rechtes Ovarium auch druckempfindlich.

8. II. 98. Therapie: Ovariotomie und Salpingotomie sin. Ventrofix. uteri. Ligg. rot. mit je 1 Seidennaht fixiert, Fundus uteri mit einigen Catgutnähten.

3. III. 98. Entlassung. Uterus vollständig anteflektiert, durchaus gut beweglich und unempfindlich. Bauchwunde p. p. geheilt.

1902. Befund tadellos. Beschwerdefrei.

20. XI. 1904. Vorgestellt. Verheiratet seit 2 Jahren. II. p. Geburt vor 19 Monaten, spontan. Keine Beschwerden während der Schwangerschaft. Kind 1 Jahr gestillt. Erste Menses post partum 4—6 Wochen, regelmässig bis Februar-März. Dann Abort im Mai. Periode wieder regelmässig, zuletzt vor 8 Tagen. Patientin klagt über zuweilen auftretende Beschwerden mit Diarrhöen in und ausserhalb der Periode. Vollständig arbeitsfähig.

Bauchnarbe vollkommen glatt und fest. Uterus anteflektiert, gut beweglich, nirgends empfindlich, auch nicht auf der linken Seite. Kleines Becken vollkommen frei.

29. 1899. Frau R., 36 Jahre, Bäckersfrau.

0 p. 7 Jahre steril verheiratet. Menses ziemlich regelmässig, stark, suletzt vor 3 Wochen. Vor 5 und 6 Jahren bereits in gynaekologischer Behandlung, ohne Resultat. Kommt wegen andauernder Schmerzen, die besonders während der Menses auftreten, aber auch so beim Gehen und Sitzen andauern. Stuhlgang regelmässig. Magenbeschwerden und Fluor.

Befund: Uterus retroflektiert, fixiert. Oophoritis dupl. Salpingitis dupl. Colpitis. Retrofl. uteri fix,

21. I. 99. Therapie: Linke Adnexe entfernt. Kanten des Uterus mit je einer Seidennaht fixiert. Fundus 1 Silberdraht und drei Catgutnähte.

16. II. 99. Entlassung. Bauchwunde fest und lineär. Uterus anteflektiert. Kleines Becken frei.

2. XI. 04. Menses 3wöchentlich, vorher immer etwas Schmerzen. Schleimabgang; im Leib gar keine Schmerzen,

wohl aber im linken Bein (Ischias), Kratzen am Gebärmuttermund. Bauchnarbe fest, im untersten Teil kleine trichterförmige Einziehung. Uterus liegt gut, beweglich. Rechtes Ovarium gross, aber nicht empfindlich. Sonst nichts im kleinen Becken.

30. 1899. Sch. Kunigunde, 24 Jahre, Portiersfrau.

Seit 2 Jahren Periode regelmässig, aber sehr stark, 5—6-tägig. Schmerzen im Kreuz und rechter Seite, auch ins Bein ausstrahlend. Fluor. Eingelegter Ring drückt im hinteren Scheidengewölbe. Schmerzen bei Defakation.

Befund: Uterus nicht wesentlich vergrössert, retroflektiert, mit Fundus fixiert. Mit Sonde lässt sich der Uterus heben, kehrt aber sofort in pathologische Stellung zurück. Retroflexio uteri fix. Oophoritis dextr. Salping. (tubercul.?) duplex.

1. II. 99. Operation. Salpingotomia dupl. Ovariotomia dextr. Ventrofixatio uteri. Fundus mit 1 Silberdraht und 3 Catgutnähten fixiert.

Im Verlauf Emphysem.

24. II. 99. Entlassung. Wunde linear und fest. Im unteren Winkel ganz oberflächlich, etwas secernierende Stelle. Uterus in Anteversio-flexio der vorderen Bauchwand mit Fundus fest anliegend. Links neben Uterus taubeneigrosser, rundlicher, platter Tumor (Ovarium). Kleines Becken frei.

1902. Befund sehr gut.

31. 1899. Sch. Margareta, 39 Jahre, Bauersfrau.

IV. p. Part. ult. vor 8 Jahren mit Forceps. Vor 2 Jahren in Erlangen vaginal operiert wegen Beschwerden beim Wasserlassen, keine Besserung. Später Sitzbäder. Seit Operation Periode sehr selten, $^1/_4$ Jahr Pause. Jetzt häufiger Harndrang, Kreuzschmerzen. Im Sommer Ring eingelegt, nicht vertragen.

Befund: Scheide sehr narbig, Muttermund klaffend. Uterus retroflektiert, fällt nach Aufrichtung wieder zurück.

Diagnose: Retroflexio uteri fix. Salpingo-oophoritis sin.

15. II. 00. Therapie: Salpingo-ovariotomia Ventrifixatio. Ligg. rot. je eine Seidennaht. Fundus 2 Catgutnähte.

6. III. 00. Entlassung. Wunde glatt geheilt. Uterus liegt gut.

20. VIII. Andauernder Blasendrang und Kreuzschmerzen. Periode 3—4tägig stark; dabei in linker Seite Schmerzen. Uterus liegt normal an Bauchwand fixiert, links davon empfindliche Verdickung. Urethra sehr empfindlich.

32. 1901. H. Margareta, 43 Jahre, Schuhmachersfrau.

V. p. P. u. vor 9 Jahren, alle Geburten spontan, im 4. Puerp. leichtes Fieber. Menses mit 16 Jahren, regelmässig. Seit verheiratet 3wöchentlich, starke Schmerzen. Seit 5—6 Wochen starkes Stechen und Schmerzen im Unterleib, besonders nach Periode, Abgemagert, Schlaflosigkeit.

Befund: Portio steht nach vorn. Uterus vollständig retroflektiert, vollkommen fixiert. Links neben Uterus hühnereigrosser derber Tumor. Die r. Anhänge scheinen ebenfalls etwas verdickt, nur nicht so hart und umschrieben.

Diagnose: Retrofl. ut. fix. Tuboovarialcyste links. Salpingitis dextr.

Therapie: Ovario-salpingotomia sin. Salpingotom. dextr. Ventrofication. Fundus durch 1 Silberdraht und 3 Catgutnähte fixiert.

26. II. 01. Entlassung. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus liegt sehr gut nach vorn mit Fundus der Bauchwand an, durchaus beweglich. Hinter dem Uterus nach vorn dem Cervix ziemlich dicht anliegend eine diffuse Verdickung.

12. VI. 01. Bauchwunde vollständig fest und hart. Uteterus liegt gut anteflektiert. Menses regelmässig, ohne Beschwerden.

9. X. 01. Menses regelmässig. Bauchnarbe lineär, vollkommen fest. Uterus anteflektiert, vollständig beweglich. Kleines Becken vollkommen frei.

33. 1901. H. Marie, 31 Jahre, Bauerstochter.

Bei Periode Schmerzen, sehr heftig. Patientin kann nicht längere Zeit sitzen. Menses regelmässig 3wöchentlich ganz schwach mit Steigerung der Beschwerden.

Befund: Uterus retrovertiert, fixiert. Linke Adnexe zu einem hühnereigrossen Konvolut verbacken, ebenfalls fixiert. Alles ohne Narkose schmerzhaft und druckempfindlich.

Diagnose: Oophoritis chronica. Corpus luteumcyste. Salpingitis. Retroversio ut. fix.

II. 1901. Therapie: Ovariosalpingotomia dupl. Ventrofixatio. Fundus d. Silberdraht u. 2 Catgutnähte an Peritoneum.

8. III. 01. Entlassung. Bauchwunde völlig glatt und lineär. Uterus in ziemlich starker Anteflexio der vorderen Bauchwand anliegend. Links davon eine nicht empfindliche bewegliche Verdickung von etwa Hühnereigrösse.

4. VI. 01. Bauchnarbe glatt und fest. Uterus anteflektiert. Hinter dem Uterus im Douglas eine recht empfindliche diffuse Verdickung; jede Bewegung sehr empfindlich.

34. 1901. Br. Katharina, 46 Jahre, Zimmermannsfrau.

IV. p. Spontan. 2 letzte Puerp. fieberhaft. Seit 3 Jahren allmähliche Zunahme des Leibes. Vor 14 Tagen plötzlich Unterleibsschmerzen, Erbrechen. Menses mit 19 Jahren regelmässig, in letzten Jahren schmerzhaft. Vorfall seit der letzten Geburt. Pessar.-Behandlung erfolglos.

Befund: Ovarialkystom, Scheidenvorfall. Uterus retroflektiert.

30. VII. Therapie: Ovariotomia dupl. vordere und hintere Colporrhaphia (Simon Hegar). Ventrofixatio. Ligg. rot. durch 2 Seidennähte mit Fascie, vordere Uteruswand durch einige Catgutnähte und Peritoneum vernäht.

16. VIII. Entlassung. Bauchwunde p. p. geheilt Uterus normal.

10. X. 04. Vorgestellt: Bauchwunde vollkommen lineär, fest, ebenso Dammplastik. Scheide enge, im unteren Teil gerade für einen Finger durchgängig. Uterus liegt sehr hoch, mit dem Fundus 2—3 Querfinger über der Symphyse, durchaus leicht beweglich. Periode fehlt seit Operation. Patientin fühlt sich völlig arbeitsfähig.

35. 1901. F. Marie, 39 Jahre, Bauersfrau.

VIII. p. 7 spontan. 1 Abort im 3. Monat vor 2 Jahren, seitdem Vorfall, im Juli mit Ring behandelt. Geschwulst konstatiert. Menses regelmässig.

Befund: Kystoma ovarii dextr. Prolaps vag. post.

24. X. 01. Therapie: Ovariotomia dextr. Colpoperineorrhaph. Ventrofixatio. Ligg. rot. je 1 Catgutnaht. Fundus 1 Silberdraht.

14. XI. 01. Entlassung. Bauchwunde und Scheidenwand p. p. geheilt. Uterus gut beweglich.

5. XI. 04. Vorgestellt. Introitus eng, gerade für 2 Finger durchgängig. Damm breit und fest. Portio an normaler Stelle. Fundus uteri liegt direkt der Bauchwand an 2 Querfinger oberhalb der Symphyse, etwas vergrössert und hart. Bauchnarbe glatt und weich. Die Gegend der beiden Adnexe vollkommen frei. Patientin ist vollkommen beschwerdefrei und vollständig arbeitsfähig. Menses sind nach der Operation noch zweimal aufgetreten, später nie wieder.

36. 1902. B. Margareta, 47 Jahre, Näherin.

Vom Arzt wegen Blutungen geschickt, Blut in Klumpen. Heftige Schmerzen im Unterleib, stärker bei Menses. Mikroskopische Untersuchung von Curette: Endometritis glandularis

Befund: Uterus total retroflektiert, auffallend gross. Uterus und rechtes Ovarium unbeweglich. Palpation sehr schmerzhaft. Bei Operation ausserordentlich feste Verwachsungen zwischen Uterus und Rectum, besonders an der Cervix. Teilweise nicht lösbar.

Diagnose: Oophoritis. Endometritis glandul. Retrofixio ut. fix.

21. IX. 02. Therapie: Ovariotomia sin. Ventrofixatio. Ligg. rot. je 1 Seidenaht Fundus durch Catgutnähte mit Peritoneum.

10 X. 02. Entlassung. Wunde reaktionslos geheilt. Uterus vergrössert (Myom ?), retroflektiert, beweglich, ohne Schmerzen. Rechte Adnexe descendiert. Bei Palpation keine Schmerzempfindung.

17. IV. 03. Patientin klagt über Kreuzschmerzen und Beschwerden beim Heben. Menses stark und schmerzhaft. Die Portio steht ziemlich tief nach unten. Uterus retroflektiert, vollkommen fixiert. Rechts neben dem Uterus eine taubeneigrosse empfindliche Anschwellung.

Schalenpessar.

37. 1902. N. Wihelmine, 28 Jahre, Reisendenfrau.

II. p. normal. Seit $1^1/_2$ Jahren Schmerzen im Unterleib. Periode alle 3 Wochen 8 Tage lang, seit der Krankheit alle 16 Tage; gelber Ausfluss. Schmerzen beim Gehen und Arbeiten.

Befund. Beiderseits Adnextumoren. Retrofl. uteri.

16. X. Therapie: Exstirpation der rechten Adnexe. Ventrifixatio. Ligg. rot und Fundus durch Catgutnähte an vorderer Bauchwand fixiert. Später wegen Empyem der Gallenblase operiert 2mal.

10. XI. 02. Entlassung. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus anteflektiert, vollkommen beweglich, rechts neben Uterus vollständig frei, links diffuse Anschwellung.

15. X. 03. Uterus ganz beweglich normal, an der rechten Fundusecke lebhaft druckempfindlich; linkes Ovarium erscheint ganz normal, beweglich, druckempfindlich. Narbe. glatt und fest.

4. X. 04. Starke Metrorrhagien in letzten 2 Jahren, 2—3 wöchentlich. Letzte Menses 26. VII. 04. Stärkere Schmerzen im Unterleib, seit Sistiren der Periode. Portio an normaler Stelle. Grösse des Uterus entspricht dem 2.—3. Schwangerschaftsmonat, etwas hart. Gegend der rechten Adnexe fast schmerzfrei, links ziemlich empfindlich, objektiv nichts nachweisbar. Beim Versuch, den Fundus nach oben zu heben starke Schmerzen. Monopolleibbinde.

19. X. 04. Seither die gleichen Beschwerden. Versuchsweise Aspirin.

5. X. 04. Auf Aspirin ziemlich Ruhe. Status idem. Die beiden Uteruskanten sehr empfindlich.

10. XII. 04. Uterus liegt im Ganzen durchaus normal, Stand der Portio ebenfalls normal. Die Empfindlichkeit im Bereich der Bauchnarbe entschieden geringer. Patientin klagt besonders über Schmerzen auf der linken Seite.

38. 1903. H. Margareta, 39 Jahre, Bauersfrau.

III. p. 1. Geburt Zange, 2. normal, 3. Extraction. Bei letzter Geburt Dammriss. Anfangs keine Beschwerden, Sommer 1902 Urinlassen schmerzhaft. Seit derselben Zeit Uterusprolaps. Pessare, die seit letzter Zeit nicht mehr halten.

Diagnose: Incompleter Uterusprolaps, rechtsseitiger Ovarialabscess und Pyosalpinx.

16. II. 03. Therapie: Vordere und hintere Colporrh. amput. portionis. Exstirpation der rechten Adnexe, Ventrifixation. Ligg. rot. und vordere Fläche durch Catgutnähte.

18. III. 03. Entlassung. Bauchwunde p. p. geheilt. Scheidenplastik und Portiowunde ebenso.

15. XI. 04. Vorgestellt. Völlig beschwerdefrei. Periode regelmässig. 3—4wöchentlich, ohne Schmerzen, 2—3 Tage dauernd. In der Scheide hinten und vorn Colporrhaphienarbe. Mässiger Descensus der vorderen Vaginalwand (Cystoecle). Der Uterus ist klein, liegt der vorderen Bauchwand mit Fundus an, etwas dextrovertiert und ist mit seinem unteren Segment nach vorn und hinten durchaus verschieblich. In der Gegend der rechten Adnexe eine diffuse, absolut unempfindliche Resistenz. Linke Adnexe normal; es gelingt nicht, das Ovarium abzutasten. Auch das Cavum Duglasii erscheint völlig frei von irgend welchen derben Resistenzen. Bei schwerem Heben Gefühl von leichter Senkung.

39. 1903. B. Kunigunde, 35 Jahre, Bauersfrau.

0 p. Im 16.—20. Jahre Chlorose. 1. Menses mit 18 Jahren, regelmässig, schmerzlos. Im Sommer bei der Arbeit häufiger. Seit 7 Jahren steril verheiratet. Jetzt Kreuzschmerzen seit einem Jahre.

Befund: Uterus retroflektiert. Portio sieht nach vorn Aufrichtung nicht möglich. Adnexe beiderseits deutlich zu fühlen.

Diagnose: Pyosalpinx duplex (Tuberculose ?). Retrofl. uteri fix.

28. III. 03. Therapie: Exstirpation beider Tuben. Ventrifixation. Uterus in gewöhnlicher Weise ventrifixiert. (4 Nähte durch das Uterusparenchym.)

20. V. 03. Entlassung.

5. VII. 03. Uterus in guter Lage, anteflektiert; druckempfindlich beim Wasserlassen, sonst keine Beschwerden.

14. XI. 04. Vorgestellt. Vollständig beschwerdefrei und arbeitsfähig. Nach der Periode geringe Schmerzen. Periode selbst 3—4wöchentlich, ziemlich stark, ohne Beschwerden. Bauchnarbe fest. Uterus anteflektiert, im Ganzen wenig beweglich, scheint hinten fixiert. Umgebung ist frei.

40. 1903. H. Katharina, $38^1/_2$ Jahre, Bauersfrau.

II. p. 1, Menses mit 16 Jahren, immer regelmässig. 1. Geburt normal, 2. Geburt Steisslage. Seit Juli 1903 Schmerz im Kreuz, hauptsächlich in linker Bauchseite. Beim Harnlassen hie und da Schmerz.

Status: Portio ziemlich weit nach vorn. Uterus in Retroflexionsstellung. Vor dem Uterus apfelgrosser, wenig beweglicher, teilw. cystischer Tumor. Cystoma ovarii sin. Retrofl. uteri.

16. X. 03. Therapie: Ovariotomie (Fascienquerschnitt p. s. geheilt). Ventrifixatio ut. Ligg. rot. mit Fascie, Fundus mit Peritoneum fixiert. Catgut.

7. XI. 03. Entlassung. Bauchwunde bis auf kleine Stellen geschlossen. Uterus liegt gut anteflektiert. Kleines Becken frei.

IV. 04. Bauchnarbe fest und lineär. Uterus in guter Anteflexion.

3. XI. 04. Vorgestellt. Bauchnarbe glatt und fest. Uterus liegt anteflektiert, völlig normal, gut beweglich. Wohlbefinden, keine Beschwerden.

41. 25. V. 04. Gr. Regine, 28 Jahre, Bauersfrau.

0 p. Seit 4 Jahren verheiratet. I. Menses mit 16 Jahren, anfangs $^1/_4$ Jahr unregelmässig, dann bis zur Verheiratung regelmässig Schmerzen bei der Periode auf beiden Seiten des Unterleibes. Seit 4 Jahren ständige Leibschmerzen, besonders beim Gehen. Trug vor 4 Jahren ein Pessar, das aber nach 1 Jahr auf ärztlichen Rat wieder entfernt wurde.

Befund: Scheide sehr eng. Portio nach vorn stehend, Uterus retroflektiert, festliegend. Unmittelbar rechts daneben durch Furche getrennt ein kleiner orangegrosser Tumor, empfindlich. Stärkere Dislokationen überall sehr schmerzhaft.

Diagnose: Retroflex. ut. fix. Doppelseitige Adnextumoren.

Therapie: Exstirpation der Adnextumoren. Ventrifixation. Ligg. rot. durch 2 Silkwormnähte mit Fascie, vordere Fläche mit Catgutligaturen mit Peritoneum fixiert. Fascienquerschnitt.

25. X. 04. Vorgestellt. Narbe vollständig glatt und fest, lineär. Uterus liegt vollständig anteflektiert, beweglich der Bauchwand an. Die rechten Adnexe sind vollkommen frei. Links neben dem Uterus fühlt man eine etwas empfindliche, cystisch sich anfühlende, etwa hühnereigrosse Verdickung, dem linken Ovarium entsprechend. Menstruation 3—4 wöchentlich, ohne Beschwerden. Bei ungeschickten Körperbewegungen mässige Schmerzen links. Stuhlgang normal.

IV. Gruppe.

42. 1889. Sch. Kunigunde, 42 Jahre, Taglöhnersfrau.

V. p. 4 Einzel- 1 Zwillingsgeburt, letzte 21. Jan. 1889. Seit 14 Tagen Druck nach unten nach schwerem Tragen und Putzen. Seit 8 Tagen fühlt Patientin den Vorfall, der selbst zurückgebracht wird aber wieder vorfällt. Menses regelmässig schmerzlos 6 Tage.

Diagnose: Alter klaffender Darmriss. Proplaps beider Vaginalwände Hypertrophia part. intermed. cervicis. Retrofl. ut. Doppelseitige Dermoidcysten der Ovar.

9. X. Therapie: Excison beider Lippen, vordere Colporrhaphie nach Fehling. Dammplastik nach Lawson-Tait.

17. XII. Ovariotomia Duplex. Ventrofix. uteri. Die Ligg. rot. durch Seidennähte an Bauchwand angenäht, der Fundus durch 3 Nähte, die aussen geknotet werden, an der vorderen Bauchwand befestigt.

9. I. 90. Entlassung. Damm mässig klaffend, doch ziemlich resistenter Beckenboden, überhäutet. Bauchwunde überhäutet. Uterus vorn gut fixiert.

16. IV. 90. Vollkommenes Wohlbefinden, Uterus liegt der Bauchwand dicht an. An der rechten Kante des Uterus ein kleines nussgrosses Exsudat.

Spätere Nachrichten fehlen, da Patientin nicht aufzufinden ist.

43. H. Theresia, 30 Jahre.

0 p. Seit 9 Jahren an Vorfall leidend. Beim Herabheben eines schwere Sackes vom Wagen plötzlich Vorfall in der Scheide und Kreuzschmerzen. Mit Pessarien und Bandagen erfolglos behandelt. Im Februar 80 Kolporrhaphia aut. nach Fehling und Kolpoperinorrhaphia nach Simon, aber auch erfolglos. Im Juli wieder totaler Prolaps. Vergeblicher Versuch mit Pessar.

Diagnose: Prolapsus uteri totalis. Inversio vagina ant et post. Cystocele. Beide Ovarien vor der Vulva.

18. II. 91. Therapie: Ventrofixatio uteri. Annähen beider Ligg. rot. durch je einen Seidenfaden. Ein Silberdraht durch Bauchdecken und Fundus uteri. Vernähung der Uterusserosa mit Periton parietale durch Catgutnaht (fortlaufend).

23. III. 91. Colporrhaphia ant. Perineanaexis nach Lawson-Tait.

Entlassung. Damm ideal geheilt. Beckenboden sehr fest. Portio hochstehend. Uterus der Bauchdecke anliegend.

14. IX 91. Wiederaufnahme. Prolaps beider Scheidenwände Uterus-Fundus liegt der Bauchwand an. Portio und Cervix nicht verlängert. Pessare.

Löhlein-Pessar.

24. XII. 91. Aufnahme. Prolaps mannsfaustgross beider Scheidenwände. Uterus-Fundus scheinbar im Prolaps.

6. I. 92. Verlässt Anstalt ohne Erlaubnis.

24. II. 6. Aufnahme Faustgrosser Prolaps vaginae Cystocele. Uterus scheint noch mit der Bauchwand verwachsen zu sein. Exstirpatio totalis vaginalis uteri, feste strangförmige Verwachsung zwischen Fundus und Bauchnarbe.

III. 96. Seit Sommer 1892 ist der Prolaps der Scheide zwischen der äusseren Scham sichtbar. Seit 1 Jahr ausserdem Bauchbruch (schriftl. Mitteilung des Arztes).

1900. Zustand nicht der beste, Nervosität.

Nachzutragen!

5. IV. 96. Vor Vulva Rest der Scheide wieder vollkommen invertiert. Im unteren Teil der Bauchnarbe eine etwa gut apfelgrosse Hernie.

20. V. 96. Operation der Hernie, und abermals Colporrhaphia aut. et posterior.

44. 1893. Z. Marie, 32 Jahre, Bäckersfrau.

III p. I. 1887, letzte 1892 normal. 3 Wochen nach I p. Scheidenvorfall, selbst Ring eingelegt. Pessarbehandlung erfolglos.

Befund und Diagnose: Vordere Vaginalwand vollkommen invertiert, Uterus normale Grösse, handbreit vor Vulva prolabiert.

23. XI. Therapie: Ventrofixation. Dammplastik (Lawson-Tait). Ligg. rot durch je 1 Silkwormnaht fixiert, Fundus durch 2—3 Silkwormnähte.

23. XII. Entlassung. Uterus liegt gut anteflektiert; Scheidenvorfall durch Schädler'schen Ring mangelhaft zurückgehalten, soll in 4—6 Wochen wiederkommen.

23. XI. 95. Wegen grober Geburtsstörung, über deren Wesen etwas näheres nicht ermittelt werden konnte, von anderer Seite mittest Kaiserschnittes entbunden. Gestorben im Wochenbett.

45. 1900. F. Marie, 48 Jahre, Steinmetzfrau.

VIII. p. Geburten spontan. In 6 Puerperium Gebärmutterentzündung und Pleuritis. Seit 6 Jahren Vorfall, der nach letztem Partus vor $^3/_4$ Jahr sehr viel stärker wurde. Kreuzschmerzen und im Unterleib. Schmerzen beim Urinlassen nach letzter Entbindung. Menses unregelmässig.

Befund: Scheidenwand, besonders hinten in grossen Wülsten aus dem Introitus hervorgewälzt. Uterus vollständig retroflektiert. Portio lässt sich ganz vorziehen. Sonde 15 cm. Doppelseitiges Ovarialdesmoid.

Diagnose: Retroflexio uteri. Prolaps besonders der hinteren Scheidenwand. Doppelseitiges Ovarialdesmoid.

22. X. 00. Therapie: Ovariotomia dupl. Perineo. — Kolporrhaphia. Ventrofixatio uteri. Ligg. rot. je 1 Catgutnaht. Fundus 1 Silberdraht und 4 Catgutnähte.

12. XI. 00. Entlassung. Bauchnarbe lineär und fest. Uterus liegt mit Fundus der vorderen Bauchwand an. Kleines Becken frei. Kolporrhaphiewunde am Damm und in der Scheide p. p. geheilt.

1902. Schmerzen im Rücken, nicht im Kreuz. Flimmern vor den Augen.

5. XII. 04. Vorgestellt. Bauchnarbe fest und glatt, nur im untersten Teil dicht neben der Narbe eine breite Infiltration, aus der sich aus einer feinen Oeffnung etwas Eiter entleert. Scheide ist eng, vollkommen in ihrer natürlichen Lage. Portio steht hoch, Uterus anteflektiert, von normaler Grösse. Der Fundus etwa 3 Querfinger oberhalb der Symphyse der Bauchwand anliegend. Infiltration rührt von einem vereiterten Seidenfaden her.

46. 1900. St. Margarethe, 55 Jahre, Landwirtsfrau.

Seit Mai d. J. starkes Aufteten eines Vorfalls. Seit 2 Monaten Ausfluss, im Dezember 1890 von Dr. Bumm wegen Vorfalls operiert.

Am 7. I. 99. Fisteloperation und Kolporrhaphie nach Simon. Nach einigen Tagen wieder aufgeplatzt, neue Operation angeraten.

Befund: Vor Vulva mässig grosser Prolaps der vorderen und hinteren Scheidenwand, an der Spitze äusserer Muttermund. Uterus tief retroflektiert. Rectumfistel besteht.

Diagnose: Recto-vaginal Fisteln. Descensus vaginae Retrofl. uteri.

2. XII. 00. Therapie: Schluss der Fisteln. Kolporrh. nach Simon-Hegar. Ventrofixation. Umstechung beiderseitiger Adnexe dicht an Uteruskanten mit je 1 Seidenfaden an Bauchdecke genäht. Vordere Uterusfläche mit Peritoneum durch 3 Catgutnähte und 1 Silberdraht.

22. XII. Entlassung: Uterus liegt der Bauchwand an, Kolporrhaphiewunde gut geheilt.

9. XII. 01. Vorstellung: Uterus anteflektiert, hoch in der Bauchhöhle. Keine Fistel zu sehen noch zu fühlen. Scheide ziemlich eng und straff.

47. 1901. D. Franziska, 43 Jahre Steinhauersfrau.

IV p. P. u. vor 4 Jahren Geburten spontan. Seit 2 Jahren nach einem Falle Vorfall. Wiederholt Pessare bekommen, die bei geringer Anstrengung herausgefallen sind. Periode regelmässig.

Befund: Vordere Scheidenwand vollständig prolabiert, hintere Scheidenwand auch vordere Genitalien, in geringer Ausdehnung. Uterus retroflektiert, descendiert Elongatio cervicis. Sonde 11 cm.

Diagnose: Prolaps vaginae. Retroflexio, Desceusus uteri; Elongatio cervicis.

9. I. 01. Therapie: Perinco-Colporrhaphie nach Simon Ventrofixation Ligg. rot. durch je 1 Seidennaht mit Fascie. Fundus durch 1 Silberdraht und Catgutnähte mit Peritoneum vernäht.

29. I. 01. Entlassung. Bauchwunde p. p. geheilt; Plastik ebenso. Uterus liegt mit Fundus der Bauchwand an.

5. IV. 01. Scheide ist eng, vollkommen normal. Uterus gross, vollständig beweglich. Bauchnarbe glatt und fest.

19. XI 04. Vorgestellt. Die äusseren Genitalien vollkommen normal. Damm hoch und fest. Scheide für 2 Finger durchgängig. Portio an normaler Stelle. Uterus ante-

flektiert mit dem Fundus der vorderen Bauchwand anliegend, gut beweglich, nicht druckempfindlich. Kleines Becken vollständig frei. Patientin trägt ein rechtseitiges Leistenbruchband. Leistenkanal etwas offen.

48. 1902. H. Anna, 27. Jahre, Arbeitersfrau.

III p. 1 spontan II. Zwilling, III. Abort im II.—III. Monat. Seit II. Part. Vorfall, der seit $^1/_2$ Jahr bedeutend grösser wurde, Periode unregelmässig, mässig stark, ohne Beschwerden. Poliklinisch mit Ring behandelt.

Befund: Uterus retroflektiert ungleichmässig, höckerig. Vordere Scheidenwand stark erschlafft.

Retrofl. ut. Prolap vag. ant. et. post.

24. I. 02. Therapie: Colpoperinorrh. Simon-Heyar Ventrofixatio. Ligg. rot. je 1 Seidennaht mit Fascie. Fundus (vordere und obere Fläche) mit 3 Catgutnähten mit Peritoneum.

20. II. 02. Entlassung. Scheide gut geheilt, aussen am Damm klaffen die Wundränder sehr. Uterus anteflektiert, gut beweglich. Bauchnarbe p. p. geheilt.

10. XI. 04. Vorgestellt. Nach Operation zweimal schwanger. I. Geburt Oktober 1902. Schwangerschaft normal, Geburt in der Klinik spontan. II. Geburt im Dezember 1903, Querlage, Poliklinik, Wendung, Extraction. Schwangerschaft auch beschwerdefrei. Jetzt sind Menses unregelmässig, mit grossen Intervallen (7—8 Wochen) keine Schmerzen, mässige Blutung. Patientin ist vollkommen arbeitsfähig. Nach der ersten Geburt ist wieder Ring eingelegt.

Status: Introtius und Vagina mässig weit. In der Scheide mittelgrosses Siebpessar. Portio steht etwas tief. Uteruskörper klein, liegt mit dem Fundus der Bauchwand an, gut beweglich. Adnexe frei. Bauchnarbe glatt und weich. Dammwunde geheilt. Cervix etwas descendiert.

49. 1902. K., Rosine, 31 Jahre, Bauersfrau.

II p. Letzte Zangengeburt. Septbr. 1901. Nach I. Geburt Vorfall, der durch Ring zurückgehalten wird. Seit letzter Geburt Kreuzschmerzen, besonders bei Arbeit und Stuhlgang. Fortwährend weisser Ausfluss.

Status: Scheideneingang und ganze Scheide sehr erschlafft; drängt mit grossen Wülsten aus Scheideneingang. Uterus retroflektiert sehr schlaff, weich sehr beweglich.

Retrofl. ut. Prolaps vag. aut. et post.

10. III. 02. Therapie: Ventr. fix. vordere Colporrh. Lawson-Tait. Dammspaltung. Ligg. rot. je 1 Seidennaht, vordere obere Wand mehrere Catgutnähte.

1. IV. Entlassung. Bauchwunde p. p. geheilt. Uterus liegt gut in Anteflexion, völlig beweglich. Vordere und hintere Scheidenwand p. p. geheilt.

13. VII. 03. Kreuzschmerzen; Periode regelmässig.

18. X. 04. Vorgestellt. Subjektives Wohlbefinden, volle Arbeitsfähigkeit. Keine Geburten nach der Operation. Menses regelmässig. Damm hoch und breit. Resultat der Tait'schen Dammspaltung: Noch ein kleiner Vorsprung oberhalb des Afters zu sehen, Damm sehr hoch. Introitus und Scheide für 2 Finger gut passierbar. Uterus in Anteflexion, Fundus der vorderen Bauchwand gut anliegend. Narbe klein und weich in den Hautfalten fast verschwindend. Adnexe vollständig frei.

50. 1902. Pf. Sophie, 36 Jahre, Mauerersfrau.

VI p. 3 Kinder leben. 3 tot. 1 Abort. Nach II. Geburt (Januar 1896) Vorfall, zu früh aufgestanden. Seit letzter Schwangerschaft Schmerzen im Unterleib, so dass sie arbeitsunfähig ist. Pessar nicht gehalten.

Befund: Cervix und Portio hypertrophisch vor den Introitus getreten. An hinterer Lippe ein markstückgrosser Substanzverlust. Vordere Vaginalw. total invertiert. Cystocele. Uterus vergrössert, retrofl. Sonde 10 cm.

Diagnose: Elongatio colli, hypertrophia port. Ulcus lab. port. post. Cystocele. Prolaps vag. Descensus Retrofl. uteri.

7. X. 02. Therapie: Vordere und hintere Colporrh. Ventrofixation Ligg. rot. je 1 Seidenfaden mit Fascie; vordere Fläche mit 3 Catgutnähten mit Peritoneum.

26. X. 02. Entlassung. Bauchwunde linear verheilt. Uterus anteflektiert, fixiert, beweglich. Colporrh. p. p. geheilt.

2. XI. 04. Vorgestellt. Patientin fühlt sich vollkommen wohl. Menses regelmässig hie und da Schmerzen vor und nach der Periode. Kein Partus seit der Operation. Damm breit und fest. Vulva ziemlich eng. Portio steht

ziemlich weit vorn. Uterus etwas gross und hart, liegt direkt der Bauchwand an, durchaus beweglich. Kleines Becken vollkommen frei ohne Schmerzen.

51. K. Katharina, 32 Jahre, Bauersfrau.

V. p. I Forceps. II. Geburt Nabelschnurvorfall, totes Kind. III. Forceps. IV. spontan. V. Abort. III. Monat Menses mit 16 Jahren, stets unregelmässig. Herbst 1900, Sommer 1901 Geschwüre am Uterus.

Befund: Scheide klafft weit, Portio erscheint im Introitus. Uterus retrovertiert, tiefstehend. Rechte Anhänge frei, linke druckempfindlich. Ovarien frei beweglich.

Diagnose: Prolaps vaginae, Descensus uteri.

Jan. 1903. Therapie: Vordere und hintere Colporrh. Ventrofixat. ut. Ligg. rot. 2 Catgutfäden mit Fascie, vordere Fläche Catgutfaden mit Peritoneum.

7. II. 03. Entlassung. Dammwunde gut geheilt. Uterus anteflektiert, gut beweglich. Bauchwunde linear verheilt.

7. XI. 04. Am 24. XI. 03 entbunden im 8. Monat, Kind 2 Tage gelebt, Geburt spontan. Während der Schwangerschaft allerlei Beschwerden im Unterleib auf beiden Seiten und oben in der Mitte. Ähnliche Beschwerden auch schon bei früheren Schwangerschaften. Will am 14. November an Empysen erkrankt und bald darauf operiert sein. Menses bis Ende April 1904 ausgeblieben, jetzt in den letzten Monaten regelmässig, sollen ziemlich schmerzhaft sein.

Bauchnarbe vollkommen fest und linear. Bauchdecken ausserordentlich erschlafft und welk. Uterus liegt gut 2 Querfinger oberhalb der Symphyse den Bauchdecken an, vollständig beweglich. Adnexe frei. Vulva klafft etwas, Scheidenwände etwas schlaff. Portio mässig tiefstehend. Siebpessar.

52. 1903. H. Anna Maria, 42 Jahre, Gärtnersfrau.

V p. I. Menses mit 17 Jahren regelmässig. Part. ult. vor $2^3/_4$ Jahren. 1897 Frühgeburt im 7. Monat, sonst normale Geburten. Patientin ist 1899 wegen Hypertrophia port und Prolaps vag. in hiesiger Klinik operiert. Nach letzter Geburt wieder Vorfall bekommen.

Befund: Kleiner faustgrosser Vorfall der invertierten vord. Scheidenwand, Cervix und mittleren Scheidenwand. Sonde 12 cm weit. Prolaps uteri.

Juli 03. Therapie: Colporrh. n. Simon. Ventrofixat. Ligg. rot. mit Fascie und vordere obere Fläche mit Peritoneum vernäht, Catgut.

21. VIII. 03. Entlassung. Bauchnarbe geheilt, ebenso Colporrhaphiewunde, Scheideneingang sehr eng. Portio dicht hinter Symphyse. Uterus mässig beweglich, nahezu in senkrechter Stellung. Parametrium frei.

3. XI. 04. Vorgestellt. Bauchnarbe vollkommen fest und glatt. Der ziemlich grosse Fundus uteri liegt der vorderen Bauchwand gut 2 Querfinger oberhalb der Symphyse gut beweglich und ohne Druckempfindlichkeit an. Portio in normaler Höhe, recht massig. Scheide ziemlich eng, für 1—2 Finger durchgängig. Vordere Scheidenwand wulstig. Harnröhrenwulst drängt sich etwas im Scheideneingang herunter. Bei der Arbeit keine Beschwerden, Menses regelmässig, keine Beschwerden.

53. A., 45 Jahre, Lehrersfrau.

Status: Aus äusseren Geschlechtsteilen liegt 5—6 cm weit, schlaffe Vaginalportion mit Scheide vor. Uterus retroflektiert, ziemlich stark verlängert, schlaff, sehr tief stehend.

Prolapsus uteri et vaginae.

16. IX. 03. Therapie: Colporrh. ant. et post. Ventrifixatio. Ligg. rot. mit Fascie, vordere Fläche mit Peritoneum fixiert. Catgut.

Septbr. 1904. Menstruation in grösseren Pausen, ohne Beschwerden zuletzt vor 8 Tagen. Völlig arbeitsfähig, ohne jede Beschwerde. Narbe glatt und fest. Uterus liegt der Bauchwand fest an, 2 Querfinger über der Symphyse, beweglich. Scheide normal.

Um zunächst wieder auf den Einfluss der Ventrifixation auf spätere Geburten und Schwangerschaften zu sprechen zu kommen, so sind in dieser Beziehung 11 Fälle zu betrachten.

Darunter ist zunächst eine Frau (Nr. 44) von schwerer Störung, die den Kaiserschnitt erforderlich machte, und über den Hofmeier schon in seinem Grundriss der gynaekologischen Operationen berichtet hat: „Besonders bemerkenswert erscheint ein Fall, in dem nach Ventrifixation eine so grobe Geburtsstörung später auftrat, dass die Sectio caesarea von anderer Seite für notwendig gehalten wurde. Die Erschlaffung der Bänder und der Verfall des Uterus war hier so kolossal, dass ich eine besonders feste Fixation für notwendig hielt, da ich eine Totalexstirpation bei der jungen Frau nicht ausführen wollte. Ohne sagen zu können, ob nicht eine andere Möglichkeit der Entbindung noch vorgelegen hätte, muss jedenfalls zugegeben werden, dass die Ventrifixation des Fundus uteri hier eine ganz grobe Geburtsstörung hervorgerufen hatte. Ich würde deswegen in ähnlich liegenden Fällen auf eine solche, soweit sie wenigstens nicht ganz oberflächlich ist, verzichten.“

Daraus geht hervor, dass dieser Misserfolg nicht allein der Operation als solcher, sondern auch den sehr erschwerenden Nebenumständen und der notwendigen ausserordentlich festen Fixationstecknik zur Last fällt. Bei den übrigen Patientinnen handelt es sich um 3 normale Geburten (14, 28, 48), eine Querlage (48), eine Beckenendlage (11), eine Frühgeburt im 8. Monat (51), eine Geburt eines totfaulen Kindes (8) und um einen Abort (28).

Es ist wohl selbstverständlich, dass die Querlage und Beckenendlage nicht durch die Ventrifixur bedingt gewesen sind, jedenfalls dies nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden kann, da pathologische Veränderungen am Uterus nicht vorlagen, auch nach der

Geburt nicht beobachtet sind. Die Frühgeburt trat ein im Anschluss an eine Operation wegen Empyems der Pleurahöhle. Bei der Patientin, die ein totfaules Kind in der hiesigen Klinik gebar, konnte eine Ursache für das Absterben der Frucht nicht festgestellt werden. Die Geburt verlief spontan. Überhaupt verliefen die Geburten an und für sich glatt und ohne Störung, abgesehen natürlich von den nötigen Kunsthülfen, auch waren die Schwangerschaften normal und ohne nennenswerten Beschwerden. Zur Zeit sind noch drei Frauen gravid. Bei der einen Patientin (37) bestanden heftige Schmerzen im Anfange im Unterleib und besonders im Bereich der Bauchnarbe, die aber im Laufe der Zeit nachgelassen haben. Diese Frau ist auch zweimal wegen Empyems der Gallenblase operiert. Die zweite Frau (16) klagt auch über Leibschmerzen. Per vaginam ist der Uterusbefund normal, jedoch sind die linken Adnexe druckempfindlich. Es ist also immerhin anzunehmen, dass die Beschwerden auch hierin ihren Grund haben. Fall 11 ist ohne Beschwerden. Bemerkenswert von den Geburten ist noch Fall 14, bei dem die Patientin 11 Jahre vor der Geburt zum letzten mal geboren hat und inzwischen nicht wieder concipierte, während sie nach der Operation bald wieder schwanger wurde.

Ich komme nun zu den Recidiven. Bei Fall 2 handelt es sich um eine mobile Retroflektion, bei der der Uterus leicht aus dem Becken hervorgezogen werden konnte. Die Fixation der ligg. rotunda erfolgte durch zwei bis durch die Fascia superficialis geführte Catgutfäden, die Vernähung der vorderen Uteruswand mit Peritoneum ebenfalls durch Catgut. Drei Tage nach der Operation bekam Pat. mässigen

Husten, dem am folgenden Tage ausserordentlich heftige Anfälle folgten, sodass der ganze Körper stark erschüttert wurde. Infolgedessen wurden jedenfalls die Ligaturen gelockert oder zerrissen, sodass keine oder nur sehr geringe Verwachsungen des Uterus mit der vorderen Bauchwand stattfanden und nach Resorption des Catgut das Recidiv leicht eintreten konnte. Die Pat. wurde dann später laut brieflicher Nachricht, von einem anderen Arzt durch Verkürzung der Mutterbänder geheilt.

Fall 36. Es handelt sich um Retroflexio fixata mit Oophorritis. Bei der Operation zeigte sich, dass der Uterus in breiter Ausdehnung an das Rectum fest fixiert war, in der Vorderwand ein taubeneigrosses, hartes Myom sass und ein ebensolches in der linken Seitenwand. Die Adhaesionen mit dem Rectum wurden teils durchrissen, teils abgebunden und durchschnitten. Ebenso waren beide Adnexe in schwer durchtrennbare Adhaesionen eingebettet. Das linke Ovarium wurde wegen einer über taubeneigrossen Cyste exstirpiert. Nun zeigte sich aber am Boden des Douglas die Cervix mit dem Mastdarm derartig fest und breit verwachsen, dass wegen der Gefahr der Darmverletzung die Lösung der Adhaesionen unterbleiben musste. Die Fixation geschah in der üblichen Weise, ausgeführt wurde dieselbe von einem Assistenten. Bei dieser Patientin lagen demgemäss ausserordentlich schwierige Verhältnisse vor, ja so schwierige, das die Verwachsungen teilweis bestehen bleiben mussten. Infolgedessen konnten dieselben einen permanenten Zug auf den Uterus ausüben und eine Fixation an die vordere Bauchwand vereiteln. Die Folge davon war auch, dass der Uterus bereits bei der Entlassung retroflek-

tiert lag und im Laufe der Zeit wieder fixiert wurde. Die Beschwerden der Patientin sind natürlich die bei der fixierten Retroflexion üblichen Kreuzschmerzen, starke Periode, verbunden mit Schmerzen und stark beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit.

Bei Fall 26 wurde der Uterus nur durch den dritten Silberdraht der Bauchnaht gefasst und an die vordere Bauchwand fixiert. Es ist wohl selbstverständlich, dass diese Methode vollständig ungenügend ist und nicht im eigentlichen Sinn zu den Ventrifixationen gerechnet werden kann. Ausserdem wurde der Silberdraht bereits am 10. Tage von dem Assistenten entfernt. Trotzdem hat der Uterus ziemliche Zeit in Anteflexion gelegen, sich aber doch schliesslich wieder, wie ja vorauszusehen war, nach rückwärts gelagert.

Es kommen nun noch drei Fälle in Betracht, bei denen der Uterus in leichter Retroversionsstellung lag.

Fall 27. Uterus liegt in leichter Retroversionsstellung, ist leicht beweglich, Sonde gleitet 6 cm nach oben. Patientin ist beschwerdefrei.

Fall 19. Uterus retrovertiert, fixiert, Bauchnarbe lineär. Vom Unterleib bestehen keine Beschwerden. Juli 1903 untersucht. Jetzt berichtet Patientin, dass sie vollkommen beschwerdefrei ist.

Fall 22. Uterus gross, liegt in leichter Retroversionsstellung, frei beweglich, lässt sich leicht in Anteflexion bringen. Patientin klagt über dumpfe Schmerzen im Unterleib, schwere Arbeit unmöglich.

Bei diesen drei Patientinen kann man natürlich nicht von Recidiven sprechen, aber immerhin ist der Erfolg nicht tadellos zu nennen.

Eine Sonderstellung nimmt Fall 43 ein.

Bei dieser Frau wurde im Februar 1890 die Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineorrhaphie gemacht, nachdem sie vorher vergeblich mit Pessaren behandelt war. Jedoch schon im Juli des Jahres trat wieder totaler Prolaps ein. Am 18. II. 91. Ventrifixation, am 23. III. 01. Kolporrh. ant. und Perineauxesis nach *Lawson-Tait*. Am 14. IX. 91. wieder Prolaps, jedoch liegt der Uterus der Bauchwand an. Pessarbehandlung.

24. XII. 91. Mannsfaustgrosser Prolaps. Uterus scheinbar im Prolaps.

24. II. 02. Vaginale Totalexstirpation, aber auch dieses vergebens, denn März 1896 wieder Prolaps der Scheide.

Am 5. IV. 96. wieder aufgenommen wegen Scheidenvorfalls und Bauchhernie. 20. V. 96. Operation der Hernie und plastischer Operation des Vorfalls.

Jetzt kommt Patientin wieder wegen der Bauchhernie, die operiert wird.

Es handelt sich nun noch darum, zu erörtern, ob die Patientinen durch die Ventrifixation von ihren Beschwerden befreit werden. Bezüglich dieser Frage is der Erfolg ein durchaus befriedigender zu nennen. Bei weitem die meisten Kranken haben sich nach der Operation durchaus beschwerdefrei gefühlt. Bei denjenigen aber, die noch Klagen vorzubringen haben, sind dieselben fast durchweg nervöser Natur oder durch Erkrankungen anderer Organe bedingt. Da dieselben von der Lageanomalie nicht abhängen und weder durch die Ventrifixur noch durch andere Operationen oder Behandlungsweisen mit Sicherheit beseitigt wer-

den können, kommen sie auch zur Beurteilung des Erfolges nicht in Betracht.

Die 16 brieflichen Mitteilungen, die mir infolge meiner Aufforderungen und Fragebogen gesandt sind, können nur in beschränktem Masse zur Beurteilung in Betracht kommen. Es ist ungefähr die Hälfte der Patientinnen beschwerdefrei, die andere Hälfte klagt über allerhand Schmerzen, die auch wie bei den anderen meist nervöser Natur sind, oder ihren Grund in anderen erkrankten Organen haben. Da jeder objektive Befund fehlt, so beeinträchtigen sie, wie schon oben gesagt, den Operationserfolg in keiner Weise, können aber auch nicht zur Besserung der Statistik herangezogen werden. Sie bestätigen eben nur das, was schon oben auseinander gesetzt ist, dass die Beschwerden nicht durch die Lageanomalie hervorgerufen werden und infolgedessen auch nicht den eigentlichen Zweck der Operation berühren.

Wie bei jeder Operation, so ist auch bei der Ventrifixation die Berechtigung derselben von dem Erfolg abhängig zu machen. Um diesen in der richtigen Weise zu beurteilen, ist es nötig, folgende drei Fragen zu beantworten:

1. Wird durch die Operation die Lageanomalie dauernd beseitigt?
2. Hat die Ventrifixation nachteiligen Einfluss auf spätere Schwangerschaften und Geburten?
3. Werden durch die Operation die subjektiven Beschwerden gehoben?

Die erste Frage ist auf Grund früherer Beobachtung und der Würzburger Resultate mit ja zu beantworten. Jedoch ist dabei zu berücksichtigen, dass die Verhältnisse für die Operation geeignet sein

müssen, und dass zur Fixation der Ligg. rotunda unresorbierbares Material (Seide oder Silkworm) und kein Catgut genommen wird.

Das eine Recidiv meiner Fälle ist eben dem letzteren Umstande zuzuschreiben, während das andere natürlich nicht ausbleiben konnte, da die Verwachsungen nicht gelöst waren und so ein praedisponierendes Moment geblieben war. Das dritte Recidiv fällt natürlich auch der Technik zur Last, falls man dieselbe überhaupt unter die Ventrifixation rechnen will.

Die zweite Frage muss verneint werden, vorausgesetzt, dass die Technik der Methode vollkommen beherrscht und in der richtigen Weise ausgeführt wird. Es ist die von *Hofmeier* angewandte Kombination der *Olshausen*'schen und *Leopold*'schen Methode zu befürworten. Einerseits wird dadurch die Bildung der Tasche zwischen Blase und Uterus und damit Darmeinklemmung vermieden, andererseits wird dem Umstande Rechnung getragen, dass nicht zu feste, sondern nur peritoneale Verwachsungen entstehen. Der Fall der schweren Geburtsstörung fällt dabei nicht in das Gewicht, da die Art derselben vollständig unaufgeklärt bleibt und die Frage offen bleibt, ob die Geburt nicht auf andere Weise beendigt werden konnte. Dagegen zeigen die anderen Fälle, dass sowohl spätere Schwangerschaften wie Geburten vollständig normal und ohne Beschwerden verlaufen können.

Was die dritte Frage betrifft, so muss zugegeben werden, dass diejenigen Störungen, die durch das Leiden selbst bedingt sind, beseitigt werden durch die Ventrifixation, trotz mancher sehr intensiven ent-

zündlichen Prozesse im kleinen Becken, während bezüglich der übrigen Beschwerden mit Sicherheit kein Erfolg vorausgesagt werden kann.

Ziehen wir nun die Schlüsse aus unseren Beobachtungen, so ergibt sich Folgendes:

Die Ventrifixation muss ausgeführt werden bei Laparotomie infolge Adnexerkrankungen, falls Lageveränderung oder andere Symptome von Seiten des Uterus seine Fixation an die vordere Bauchwand nötig erscheinen lassen.

Ferner ist die Ventrifixation zu bevorzugen bei sehr festen und ausgedehnten perimetritischen Verwachsungen, da durch Eröffnung der Bauchhöhle das Operationsfeld sehr übersichtlich wird und die Verwachsungen leicht zu lösen sind.

Drittens erscheint die Ventrifixation sehr geeignet den Erfolg der plastischen Operationen bei Prolaps wesentlich zu unterstützen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Hofrat Professor *Dr. Hofmeier* für gütige Uebernahme des Referats und Ueberlassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank zum Ausdruck zu bringen.

Litteratur-Verzeichnis.

Hofmeier: Handbuch der Frauenkrankheiten.
Hofmeier: Grundriss der gynaekologischen Operationen.
Fritsch: Die Krankheiten der Frauen.
Hegar: Operative Gynaekologie.
Küstner: Ueber Lage- und Bewegungsanomalien des Uterus und seiner Nachbarorgane in Veith's Handbuch der Gynaekologie. 1. Band.
Müller Wilhelm: Beitrag zur operativen Behandlung der Retroversio — Flexio uteri. Inaug.-Diss. Würzburg 1896.
Brinkmann, Ed.: Orthopädische und funktionelle Resultate der Ventrofixatio uteri bei Retroflexio uteri. Inaug.-Diss. Bonn 1901.
Frommel's Jahresberichte Bd. 1900—1903.
Centralblatt für Gynaekologie. Bd. 24 II und 27 I. u. II.
Archiv für Gynaekologie. Bd. 63 u. 65.
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. Bd. 33, 43, 44, 47, 51.
Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynaekologie Bd. 10, 11, 15, 17, 18, 19 u. 1904.
Münchner medizinische Wochenschrift. Jahrg. 1899 Heft 43.

Lebenslauf.

Ich Fritz Reuer, preussischer Staatsangehörigkeit, bin geboren am 16. August 1877 zu Hornburg als Sohn des Kaufmanns Andreas Reuer zu Hornburg. Nach Besuch der Volksschule daselbst und der Gymnasien zu Wolfenbüttel und Goslar erwarb ich mir am 16. Februar 1898 das Reifezeugnis in Goslar und bezog im April desselben Jahres die Universität zu Marburg bis zum 30. August 1900. Darauf studierte ich zwei Semester in Würzburg, wovon eins das erste Militärhalbjahr war. Im nächsten Semester besuchte ich die Universität zu Göttingen und kehrte dann auf die Universität Würzburg zurück. Der ärztlichen Staatsprüfung unterzog ich mich in Würzburg und wurde am 22. Juli 1903 als Arzt approbiert.

Nach dem Staatsexamen war ich fünf Monate Assistent bei einem praktischen Arzt und diente alsdann mein zweites Halbjahr als einjährig-freiwilliger Arzt. — Seit dem 1. Oktober 1904 bin ich Volontärassistent an hiesiger Universitätsfrauenklinik.

Vorstehende Dissertation habe ich unter der Leitung des Herrn Geheimrat Professor Dr. Hofmeier verfasst.